Rehabilitation Teams: Action and Interaction

REHABILITATION TEAMS: ACTION AND INTERACTION

Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

EDITORS:
Elner Boberg and Eve Kassirer

PUBLISHED BY THE AUTHORITY
OF THE
MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE

Opinions expressed in this discussion report
are the responsibility of the authors and do not
reflect the official policy of the
Department of National Health and Welfare

OTTAWA
December 1983

COPIES OF THIS REPORT
MAY BE OBTAINED FROM:

Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Department of National Health and Welfare
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Copies are available
in French
under the title
Équipes de réadaptation:
Action et interaction

©Minister of Supply and Services Canada 1984
Cat. No. H39-70/1984E
ISBN 0-662-12997-0

C O N T E N T S

		PAGE
	CONTRIBUTORS	v
	EDITORS' INTRODUCTION	vii
CHAPTER 1	DENTISTRY	1
CHAPTER 2	EDUCATION OF SPECIAL CHILDREN	13
CHAPTER 3	MEDICINE	21
CHAPTER 4	NURSING	33
CHAPTER 5	OCCUPATIONAL THERAPY	43
CHAPTER 6	PHYSIOTHERAPY	55
CHAPTER 7	PSYCHIATRY	67
CHAPTER 8	PSYCHOLOGY	75
CHAPTER 9	SOCIAL WORK	85
CHAPTER 10	SPEECH PATHOLOGY AND AUDIOLOGY	97
	CONCLUDING COMMENTS	117
	APPENDIX: DEMONSTRATION CASE STUDY OF BELINDA	119

CONTRIBUTORS

DAVID BAINE, ED D	Associate Professor, Special Education, Department of Educational Psychology, University of Alberta, Edmonton
R.C. BLAND, MB, CH B, FRCP (C), MRC Psych	Professor, Department of Psychiatry, University of Alberta, Edmonton
EINER BOBERG, Ph D	Professor, Department of Speech Pathology and Audiology, University of Alberta, Edmonton
E. SHARON BRINTNELL, M SC, OT (C)	Associate Professor, Department of Occupational Therapy, University of Alberta, Edmonton
MARY B. CARDOZO, MA	Director, Speech and Language Clinic, Montreal Children's Hospital, Montreal
BRYON M. GERO, MSW	Program Supervisor, Children's Services, Ontario Ministry of Community and Social Services, Toronto
KAREN GOLDENBERG, B SC OT	Executive Director, Community Occupational Therapy Associates, Toronto
GAYLE G. JAMES, MSW	Division Head and Associate Professor, Faculty of Social Welfare, University of Calgary, Edmonton
HENRY L. JANZEN, Ph D	Director, Psychological Testing Centre, Faculty of Education, Clinical Services, University of Alberta, Edmonton
EVE KASSIRER, MA	Medical Sociologist, Health Services Directorate, Department of National Health and Welfare, Ottawa
DAVID J. KENNY, DDS, Ph D	Dentist-in-Chief, Hospital for Sick Children, Toronto (Former Chief of Dentistry, Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa)
DOREEN PADDON, RN, MPH	Program Consultant, Maternal and Child Health, Edmonton Local Board of Health, Edmonton
JOHN G. PATERSON, ED D	Co-ordinator, Faculty of Education, Clinical Services, University of Alberta, Edmonton
BARRIE PICKLES, MS, MCPA	Associate Dean and Director, School of Rehabilitation Therapy, Queen's University, Kingston
DEBORAH RICHMOND, BSC, MCPA	Clinical Supervisor in Physiotherapy, Credit Valley Treatment Centre for Children, Mississauga
KRISTA RIKO, M SC (App)	Chief Audiologist, Mount Sinai Hospital, Toronto
ROBERT SHEA, MD, FRCP (C)	Pediatric Consultant, Glenrose Provincial Hospital; and Associate Clinical Professor, Department of Pediatrics, University of Alberta, Edmonton
JEAN F. WALKER, MA, LCST	Chairman, Graduate Department of Speech Pathology, University of Toronto, Toronto
G.D. WATSON, MD FRCP (C)	Associate Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of Alberta, Edmonton

EDITORS' INTRODUCTION

The chief purpose of this report is to improve quality of health care by promoting awareness of the expertise of various rehabilitation professions. This purpose is addressed by the authors who provided information on:

- characteristics of their profession
- their profession's interaction with other disciplines on rehabilitation teams
- the link between this interaction and quality of care.

Readers should regard this document as a discussion report. As such it is designed to stimulate not only dialogue among the rehabilitation professions but also re-evaluation of their professional interaction patterns. Some comments made by authors indicate considerable cooperative interaction; other comments reflect problems which need to be addressed. Hopefully such dialogue will lead to increased interaction and understanding.

In part, lack of understanding about expertise stems from training programs. In general, students trained within one professional faculty have only superficial contact with students in other faculties. The Speech Pathology and Audiology Program at the University of Alberta can be used to illustrate the difficulty in preparing students to assume an effective role on an interdisciplinary team. In addition to courses and clinical practice taken within the Faculty of Rehabilitation Medicine, speech pathology and audiology students also study psychology, linguistics, education, and relevant medical and dental sciences. On the surface this would appear to provide a rich interdisciplinary experience; in practice there are severe limitations. Each course, taken in another faculty, presents a rather narrow view of the profession associated with that academic discipline. Students seldom have an opportunity to view other professionals in their daily rehabilitation settings. Yet, soon after graduation when language-speech pathologists are asked to remediate speech difficulties of the cleft palate child, for example, they are expected to interact professionally with nurses, pediatricians, social workers, psychologists, surgeons, and special educators. Not surprisingly many new professionals find themselves floundering in role conflicts and expectations during their first years of practice.

Although students in language-speech pathology have been used to illustrate a point, the same training deficiencies exist in other health disciplines. In general, young health professionals, as well as some experienced ones, are not adequately aware of the knowledge and skills of other disciplines on rehabilitation teams - a barrier to increased quality of care.

In order to promote this awareness, ten people representing different rehabilitation disciplines were asked to describe their own profession. Their resulting chapters appear in this report in alphabetical order. Authors followed a prescribed format, providing information on the following characteristics traditionally used in sociological analysis of professions:

- historical developments and work environments
- unique body of knowledge
- unique clinical skills
- professional rights and responsibilities
- subjective professional experiences and expectations of the profession
- reference material.

Criteria used in selecting the authors were as follows: experience in and a deep commitment to the interdisciplinary model of rehabilitation; current involvement in their profession (in clinical or training programs); and nationally respected for their professional contribution.

Primary authors invited one or two colleagues to assist in the preparation of their chapter. Further, authors submitted their manuscripts for review to senior colleagues before sending their chapters to the editors. These reviewers are acknowledged in each chapter. Some authors used their provincial and national associations as resources, which included surveying members about their profession. However, the reader is cautioned that despite the review process, authors should be regarded as individuals offering their perception of their discipline's characteristics and interaction. Authors agreed to accept full responsibility for adequate presentation of their profession. Authors' personal views were requested and presented; these may not necessarily represent the views of their professional association or those of their employing agency.

Not all professions working on rehabilitation teams are included in this volume. Due to limited space only ten disciplines are represented, which in the editors' judgments are heavily involved in the rehabilitation process. Although psychiatry is a specialty within medicine, a separate chapter on that discipline is included. Because the demonstration case presented is of a child, a pediatrician was chosen to write the chapter on the medical profession - leading to considerable emphasis on pediatrics. This demonstration case which appears in the Appendix, offers a way to unify all the specialties and to provide authors an opportunity to describe their discipline's potential contribution to a rehabilitation team. To round out the report's contents, introductory and concluding sections have been written by the editors.

Hopefully this report will be useful to several groups of people whose aim is to improve quality of health care: health professionals, rehabilitation agencies, hospital administrators, and particularly students and professors in rehabilitation training programs where the potential for change is high.

The editors acknowledge the valuable contribution of the authors, co-authors, reviewers, and professional associations. Their views presented in this publication, along with those of the editors, are their own and do not constitute statements of federal government policy.

Einer Boberg and Eve Kassirer

Chapter 1 DENTISTRY*

David J. Kerry

I. HISTORICAL DEVELOPMENTS AND WORK ENVIRONMENTS

(a) History

Dentistry in North America became a separate profession from medicine early in the nineteenth century. The separation was established by 1840 with the beginnings of the Society of Surgeon Dentists of New York, the American Society of Dental Surgeons, the American Journal of Dental Science, and the charter of the Baltimore College of Dental Surgery. Detachment from the influence of the medical establishment allowed rapid development of the fledgling profession. This autonomy from medicine sets North American dentistry apart from dentistry in many Central European countries. As a result, there are considerable differences in the philosophies and practice of dentistry world-wide.

Organized dentistry in Canada had its beginning in 1867 when a group of dentists met at Cobourg, Ontario and formed the Ontario Dental Association. Shortly after, the Dental Association of the Province of Quebec was formed and both groups set out to seek legislation to regulate their profession. The world's first dental act, The Ontario Dental Act, March 4, 1868, created The Royal College of Dental Surgeons of Ontario with full powers to regulate and license the profession. On April 4, 1869 an Act to incorporate the Dental Association of the Province of Quebec was passed. Some problems arose in Ontario as the new Royal College of Dental Surgeons of Ontario was a separate organization from the Ontario Dental Association that had led to its establishment. The Quebec Dental Association, on the other hand, was incorporated as a whole and early difficulties encountered in Ontario (due to leaders being responsible to both the Association and the Royal College) did not occur.

The organization of various means of educating members of the profession took up much of the early efforts of the founding organization. Two patterns emerged among the early licensing bodies in Canadian dental education. In the first instance, licensing bodies that had their own educational facilities eventually became university-affiliated, becoming in time faculties of dentistry. The educational facility in other provinces began as a department of dentistry within a faculty of medicine and later evolved into a faculty of dentistry of the university. It was 1958 in Manitoba when the first Faculty of Dentistry was established that had not evolved from some prior form. University affiliation allowed the granting of degrees such as Doctor of Dental Surgery (DDS) or Doctor of Dental Medicine (DMD). Despite the apparent differences in degrees both curricula are the same; the degree is the choice of the granting faculty. Prior to university affiliation, colleges granted licenses to practise dentistry, but practitioners could not be legally entitled "doctor" unless they had received a degree from a university program in the United States.

---

* Reviewers for this chapter: Dean Wesley J. Dunn, Faculty of Dentistry, The University of Western Ontario, London; Dr. Arthur T. Storey, Chairman, Preventive Dental Science, Faculty of Dentistry, University of Manitoba, Winnipeg; Dr. J. Ublansky, Staff Paedodontist, Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa.

(b) Training Programs

At present, dental undergraduate programs are offered at ten Canadian Universities. Graduate or postgraduate programs are available at nine of these schools of dentistry; Canadian Dental Association accredited internship programs are available at 17 hospitals. A two year indentureship and lecture program formed the curriculum of early dental training but over the years the clinical training was incorporated into an expanded four year academic undergraduate program. Unlike medicine, a hospital dental internship is an elective form of postgraudate training. A certificate is issued in recognition of the year spent in hospital. Internships are currently a popular way to spend a required year of practice before entering a postgraduate specialty program.

Dental auxiliaries are trained in community colleges as assistants, hygienists or laboratory technicians. Dental hygienists are trained in some schools of dentistry as well. Provincial legislation results in a disparate list of duties and levels of supervision in the performance of these duties. Dental assistants, and hygienists who concentrate on prevention, are employed to enable the dentist to provide selected services in the office. Dental technicians may work in private laboratories on prescription for dentists, in the dentist's office; or in several provinces may serve the public directly for dentures without either prescriptions or supervision.

(c) Work Environments

By far the majority of dentists are to be found in solo or group private practice. They personally finance, establish and bear the full costs of operating their practices; take personal responsibility for their continuing education in most provinces; and contribute to their personal retirement and insurance programs. A minority of dentists have opted for salary or salary plus private practice arrangements. These dentists are employed in universities, community colleges, public health programs, hospitals, and in the armed forces.

Dentistry grew from the itinerant surgeon model and remained a male bastion in North America until the early sixties. An influx of European female dentists and the changing nature of practice from surgery to conservation of the teeth and prevention made the North American female student more aware that this profession was open to her. At present, 17 percent of all dental students in the United States are women, with almost 20 percent of first-year dental students being female. In Canada the trend to a greater proportion of female dentists is clearly established here as well.

ii. BODY OF KNOWLEDGE

(a) Basic Knowledge

Forty-four percent of first year dental students arrive with a bachelors degree in arts or science even though it is not a requirement for admission. Three advantages arise from the changes produced by the increased education of professional school applicants. The incoming student has been exposed to the university during the two to three years spent obtaining the baccalaureate rather than being cloistered for one year in a pre-dentistry course. The student has been exposed to an increased number of general and scientific courses by virtue of the extra year or two of general education accquired while waiting for a seat in the professional school. Finally, the

newly graduated dentist is two to four years older than the student of the past. Consequently, new graduates appear to be more selective of career paths than they were a decade or two ago.

Core studies are similar to medicine and in some universities are taken together. Anatomy physiology, biochemistry, microbiology, pharmacology and pathology are basic to all medical and dental courses. Unlike the medical student who may become a dermatologist, radiologist, or surgeon, the dental student makes an early commitment to the more narrow scope of dental practice. Consequently there is an early emphasis on applied basic science subjects such as the microbial ecology of the mouth; oral histology and pathology; oral sensory and motor mechanisms; and biochemistry of saliva and dental plaque. Traditionally, the first two years of studies in the professional program were devoted almost entirely to basic sciences; the last two years were almost entirely clinical science and practice. An attempt has been made in recent years to blend the clinical sciences into the first two years and to extend the basic studies throughout the program.

(b) Specialized Knowledge and Skills

Considerable time is spent acquiring knowledge and skills in the technical aspects of the practice of dentistry. The study of dental materials involves chemistry, toxicology, stress and mechanics, manipulative variables, design, and evaluation. It covers both inorganic (silver amalgam, gold) and organic materials (resins, sealants, tissue adhesives). This is just one example of how basic knowledge required for the practice of dentistry is identified by clinicians and then investigated by dental researchers throughout the world. Similarly, applied research in the biological sciences (microbiology, biochemistry and anatomy) has supported a preventive philosophy as well as the therapeutic and surgical management of dental caries and periodontal disease.

(c) Research

The differences in clinical practice observed in various countries are not as clearly mirrored in the basic science community. As in medicine, the results of research activity appear in clinical or basic science journals. Dentists involved in basic studies publish in a variety of journals in such fields as biomaterials, neurophysiology, pathology, physical anthropology and many others. For this reason it is difficult to gauge the extent of contributions to the world basic science literature by dentists. Those who work on clinical problems usually decide on a paper-by-paper basis whether to publish in a dental, medical, surgical, speech, or psychology journal depending on where the information would be best utilized.

Similarly, dental investigators review the literature and keep abreast of trends within the applicable medical or other specialty fields. Computer access to these data bases has been a blessing for the dental clinical investigator who, for example, must briefly review the literature in a number of peripheral journals, search a major area of basic science interest in detail, and be aware of changes in clinical dentistry as well.

Some idea of current interest and research activity in dentistry can be ascertained by a Medline review of the total number of citations available by subject area. A recent computer search of the Medline files accessing the index to the Dental Literature as well, revealed that the heading of prosthetic dentistry showed the greatest number of journal articles. Rehabilitation and restorative dentisty, orthodontics, oral surgery and preventive dentistry formed the second largest group. The third division of research papers included periodontics, occlusion,

endodontics, dental care and delivery, and dental equipment. The subject headings with the least number of papers included research in a pedodontics, oral diagnosis and radiology, and implantation.

Dental research is almost exclusively undertaken in the university environment. Hospital-based dental research does exist but at considerably less than the university-to-hospital ratio observed for medicine. All Canadian university dental programs conduct research with funding from various granting agencies, foundations and private donations. There has been a perennial shortage of dental researchers in the past and this was accentuated by the reduction of graduate programs during the 1970s. Nevertheless, graduate and postgraduate studies in dentistry are offered at nine Canadian universities.

Dental investigators in Canada have led the world literature in several basic science and clinical research areas. In Canada a number of university and hospital programs are involved in studies of craniofacial neurophysiology, computer-based growth prediction, dental implants, histopathology of oral tissues, physiology of saliva and its secretion, epidemiology of supplemental fluorides on dental disease, and others.

III. CLINICAL SKILLS

(a) Diagnosis and Treatment

Dental practice in the 1980s is primarily concerned with the rehabilitation and maintenance of teeth that have been destroyed by decay (dental caries) or are weakened by gum disease (periodontitis). Fifty years ago, emphasis was on the extraction of teeth destroyed by dental caries or periodontitis. Diagnosis of dental caries and periodontal disease is relatively simple and is usually completed with the use of radiographs and a clinical examination. Rudimentary clinical skills sufficient to provide a pain-relieving extraction-orientated practice are mainly technical in nature, simple to teach, and give a false impression of the sophistication of modern practice procedures.

Treatment planning utilized by modern dentists bring to bear the basic and clinical skills that justify their position as a health care professional. Beyond traumatic injuries, oral carcinoma and acute infection or hemorrhage, dental treatment is generally elective. The dentist must provide alternative treatments, educate the patient to make an informed choice, and provide the knowledge, skills and techniques to arrest the progress of dental caries and periodontal disease. In addition, the dentist must diagnose a myriad of oral disorders that may or may not be associated with systemic disease.

(b) Specialization

Public perception of dentistry often does not go beyond pain, extractions, and fees. That is why other professions in rehabilitation often see the role of the dentist as clearly defined - teeth! Since dentistry built its basic science data bank hand-in-hand with clinical practice, it ended up with a literature ranging from physical anthropology through mineral metabolism to developmental neurobiology. Technical advancements and new diagnostic skills left the basic care, extraction-orientated practice far behind. A number of specialities developed, became recognized and went on to expand their clinical offerings and build their own data base. Oral surgery, periodontics and

orthodontics were the first specialties in Canada. A second wave of specialties including prosthodontics, endodontics (root canal treatment), paedodontics (dentistry for children), public health dentistry, oral radiology and oral pathology were subsequently approved.

Dentistry in Canada has traditionally been practised by solo practitioners in offices equipped and maintained by the income of the practice generated on a fee-for-service basis. Government and private insurance plans did not become significant factors in the provision of dental care until the 1970s. During the past two decades technological changes enabled considerable upgrading of practices to high speed instrumentation, lounge chairs and increased use of dental hygienists. The escalation of overhead costs prompted by this increased equipment and personnel led to more group practices. This shared practice arrangement served to increase efficiency by decreasing down-time of equipment and improving staff utilization.

The general dentist is the treatment planner and primary practitioner. The dentist's skills are primarily diagnostic, restorative (crowns, fillings, bridges, dentures) and surgical (extraction of teeth, exposure of teeth, periodontal surgery). Depending upon personal interest and continuing education courses, any given general practitioner may possess diagnostic skills and treatment abilities approaching that of some specialists. The dentist may be as skilled as some members of a specialty but cannot announce these skills without formal training. Two to three years of postgraduate training, examinations and certification are required to assume specialist status.

Dental specialities provide increased efficiency of treatment as well as management of cases that are too complicated for the general practitioner. Many referrals take place within the profession and are usually based on special skills, knowledge, and efficiency or some combination of them. The modern endodontist in Canada can perform root canal therapy with a degree of reliability unrivalled anywhere in the world. The paedodontist will perform root canal treatment on the traumatized teeth of many of his child patients but will refer certain complicated cases to the endodontist. These cases require the endodontist's special skills or efficiency. Similarly, either a general practitioner or a paedodontist will refer a child with a serious malocclusion to an orthodontist for tooth straightening but either of these two dentists may be competent and prepared to perform limited orthodontic treatment on a child with a less complicated malocclusion.

More than any other specialist, oral surgeons treat patients in hospital. Their training is one year longer (three years) than for most other specialties and they are involved in jaw surgery for trauma and function, as well as removal of cysts and tumours. They generally do not repair cleft lips or palates in Canada. Periodontists practise surgery of the gums and the bone that supports the teeth; they are also involved in balancing the occlusion of the teeth and in the treatment of disorders of the jaw joint. Orthodontists are the specialists with which the public is most familiar. They use sophisticated mechanical means of moving teeth through the bone of the jaws to produce functional and aesthetic dentitions. Prosthodontists produce elaborate and elegant replacements for missing teeth and portions of the jaw. They fabricate appliances for cleft palate patients, those who have had cancer surgery, and those who have lost teeth to the ravages of dental caries or periodontal disease. Endodontists have brought a high degree of reliability to the salvaging of abscessed teeth. Modern endodontic practice is based on sound biological principles and enables the prosthodontist to maintain teeth for anchorage of a prothesis.

The specialty of paedodontics arose from the fact that fifty years ago most general dentists would not treat anyone under twelve years of age. This specialty pioneered restorative techniques for primary teeth, was the first to embrace and apply behavioural science knowledge and techniques to practice and prevention and led the way in treatment of the chronically ill and handicapped.

Three specialities that are usually practised by salaried rather than fee-for-service dentists, are dental public health, oral pathology, and oral radiology. Public health dentists are involved in management of district health units, fluoridation of communal water supplies, and preventive dental treatment in schools. Oral pathologists diagnose disease from tissue specimens shipped from private offices to their laboratories, and identify post mortem remains. Oral radiologists interpret radiographs (X-Rays), diagnose oral disease, and counsel on radiation safety.

The strict code of specialist referrals from general practice that occurs in medicine does not hold in dentistry. Almost all specialists will treat patients who present themselves to their offices. Third party (insurance) payments usually do not cover specialist fees nor do they require a referral from a general dentist. The patient pays the fee differential or the specialist accepts a lower fee. Most general dental practitioners are very selective in their referral recommendations to patients. The ever-present economic factor means the generalist wants the special treatment completed with a high degree of skill.

IV. RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

(a) Autonomy

Dentists tend to be individualists. The surgical model, practised until recently in isolation, attracted persons who wanted to run their own show and take the risks. There tends to be more regulation in central and eastern Canada compared to delivery systems in western Canada. For instance, dental auxiliaries are allowed to perform a larger number of duties in northern and western Canada than in Ontario.

The profession has regulated itself well and responsibly. Office inspections can and do take place, fines are levied and licence suspensions occur when warranted. The consumer can lodge a complaint that will be mediated by the local dental society. It may be referred to the licensing board of the college, and in some provinces it may find its way to a statutory health professionals' discipline council. All of these stages are possible without recourse to the courts or necessarily to lawyers' fees.

The business aspects of practice carry with them the full rules and regulations of any small business enterprise. These business responsibilities include provision of vacation allowances, preparation of government statistics, Canada Pension Plan contributions and deductions for income tax as well as provision of personal liability insurance and many others. Large practices of three or more dentists may employ an office manager to remove the business aspect of practice from their concern.

(b) Referral Systems

Dental practice can and does interface with a large number of health care professions. Nevertheless, it is possible for a solitary dental practitioner to practise for years without consulting anyone other than a patient's physician. The institutional dentist has probably been attracted to the position by the opportunity for increased rapport with other health care providers and so is more apt to take advantage of their counsel and services. Most commonly, the dentist is in contact with the patient's physician if there is an identified medical problem. Speech pathology is the second most common referral pattern. All other health care personnel are contacted to a

lesser degree due to limited understanding of what each group has to offer, and the frequent isolation of private dental practice.

The more active referral and consultation pattern that takes place within an institution can be illustrated by the Division of Dentistry of the Children's Hospital of Eastern Ontario in Ottawa and the various health care professionals this Division dealt with during 1981.

Most referrals and consultation requests were from surgery or medicine and usually pertained to the care of physically disabled or chronically ill children. Plastic surgeons referred oral electrical burns to dentistry and dentistry referred facial lacerations to them. Care of congenital facial abnormalities (such as cleft lip and palate) has been an area of cooperation between plastic surgery and dentistry for many years. Hematology and oncology referred patients with bleeding disorders for dental care, and they managed patients' medical needs when dental surgery was required. Anaesthesia consulted on complicated conditions and provided services when certain patients required dental treatment. Casualty officers (paediatricians) regularly contacted the dentist-on-call for cases of trauma or infection.

Speech pathology and dentistry shared many cleft lip and palate patients. In addition, dentistry was involved in placing several dental appliances that assisted speech. Dentistry used speech pathology's diagnostic apparatus to monitor the usefulness of palate closing appliances. Dental knowledge of cranial nerve function assisted speech pathologists in the diagnosis of several cases.

In addition dentistry has traditionally involved social workers and public health nurses to secure funding for required dental treatment. Further, they are often called on to assist dentistry when there is non-compliance for appointment attendance, or lack of home care. Through its ties with the emergency department, dentistry has become involved with social workers on the child abuse team; oral injuries sometimes accompany beatings.

Behaviour modification, relaxation therapy, and desensitization are clinical tools of the paedodontist as well as of the psychologist. The rapport and referral patterns between dentistry and psychology have been based on requests for each other's advice in these areas. Single phobias (needle phobia) continue to be a source of referrals and combined treatment.

Referrals and consultation requests have been less frequent with other groups, but nevertheless considerable additional activity took place during 1981. For instance, psychiatry and dentistry met on the matter of dental treatment of autistic children. An audit of treatment methods and chronology of treatment procedures was undertaken to determine if treatment techniques could be altered. One case of juvenile obesity was discussed in consideration of jaw wiring. It was rejected by the dental consultant as impractical.

Several calls from the ward nurses were attended by the dental hygienist for individualized mouth care of debilitated or post-surgical patients. The dental hygienist and director of nutrition worked together to produce a diet that is used by both oral surgery and plastic surgery patients whose jaws are wired together following treatment.

A personal interest in feeding problems of children with neurologic or anatomic-based feeding dysfunction resulted in continuing interaction with occupational therapists and physiotherapists. Consultations on several cases involving cleft lip and palate, anoxia at birth, persistent drooling, and muscle spasm of the jaw joints, took place during the year.

In addition, many institutional dentists are involved in the education of their confreres, either directly as university teachers or indirectly by offering continuing dental education courses, giving lectures, or pursuing and reporting on individual research. Others become involved as examiners for fellowship or qualifying examinations. Despite economic constraints placed by the ongoing overhead of their offices, many private practice dentists give their time to fill committees and offices of local, provincial and national dental organizations.

V. SUBJECTIVE IDEAS AND IDEALS

(a) Developing Co-operative Patterns

Although the potential for a broad spectrum of referrals is available, and in some cases utilized, the bulk of interdisciplinary referrals are dentist-physician or physician-dentist. Concern about the notable absence of oral studies in the medical curriculum arises from time to time. The outdated perception that dental practice consists merely of reconstruction and extraction of teeth is usually based on the physician's personal childhood experiences. Medical and surgical residents are often aware of their lack of exposure to dental science as undergraduates, and interest in dental topics at hospital rounds is usually keen. Nevertheless, exposure to the data base of dental knowledge is minimal and subject to competition for time in the crowded medical curriculum. Perhaps the best time to present dental information to physicians and surgeons is during continuing medical education courses when the medical sub-specialty has been achieved and the relevance to practice is obvious.

Other health care professionals have even less exposure to modern dentistry than physicians who have studied the basic sciences in depth. Dentists are approached from time-to-time by speech pathologists who are concerned with swallowing patterns that are alleged to affect tooth position; or by other hospital staff concerned with the technical aspects of their current personal dental treatment. Some dentists marry paediatricians, psychologists or social workers, resulting in two knowledgeable interdisciplinary professionals, produced by osmosis. It probably does not occur to a psychologist dealing with pain and anxiety that paediatric dentistry has much to contribute to management of these problems. Similarly, dentists do not generally know what strong allies they have in the public health nurses of some communities, when funds must be secured for treatment of handicapped children.

(b) Areas of Conflict

Dentistry has some areas of conflict with other professions.

Problems

Dentistry has been involved with anaesthesia and anaesthetics since the American dentist, Dr. Horace Wells, conceived the idea of using nitrous oxide gas for surgical anaesthesia in 1844. In Canada, training programs in dental anaesthesia persist to this day; a one year postgraduate course is currently offered that will produce a dentist qualified to render a patient unconscious for dental procedures. These qualified dentists practise in private offices; but almost never in hospitals since medical anaesthetists generally consider them insufficiently trained.

Oral surgeons have special skills and training in the surgical repositioning of upper and lower jaws, as well as surgical intervention for the facial trauma case. These complicated surgical procedures overlap an area of interest of some plastic surgeons, and in some hospitals conflict rather than cooperation develops. The matter is further complicated by the fact that both oral and plastic surgeons may be within the department of surgery in some hospitals whereas they may be in separate departments, dentistry and surgery, in other hospitals. European oral surgeons, who have a medically based training, often treat cleft lip and palate patients in Europe and are surprised to discover that this reconstructive surgery has been the territory of the plastic surgeon in most of North America. The ideal situation exists in hospitals where oral surgeons and plastic surgeons collaborate to repair facial lacerations, and splint and stabilize fractured jaws. In such cases, the oral surgeon performs the alignment and stabilization and provides the follow-up care of fractured jaws.

(c) Issues

Several issues are currently being debated within the profession. After 100 years of being innundated with patients in need of treatment, the profession finds it has sufficient dentists that a license no longer ensures a full patient load from the first day of practice. The initial costs of establishing a practice may run from 100 - 150 thousand dollars; and this sum is usually in the form of a bank loan or a lease. Furthermore, this financial commitment is usually undertaken on nothing more than the proven ability to pass university courses, with no private practice experience. Once a practice is established, overhead exceeds 60 percent. There are no employer-subsidized benefits and income is generated only when the dentist is actually treating a patient in the chair. Faced with these pressures, the arrival of a new graduate is frequently seen to threaten the livelihood of established practitioners.

In addition, institutional advertising to increase the demand for dental care in the segment of the population that does not present itself for treatment is another issue currently under debate. This is different from advertising by individual dentists as practised in some American states. The use of institutional advertising to increase demand is partially necessitated by the success of preventive programs at the community level as well as within private practices. Dentists are constantly involved with groups who oppose the adjustment of the fluoride content of communal water supplies to levels that will reduce dental decay. Dentists and dental hygienists preach nutrition and oral hygiene messages to all who will listen, and have made prevention the foundation of modern dental care. Now that there are sufficient dentists in most areas of Canada and treatment requirements are decreasing, the profession is trying to increase demand from the under-treated dentist-shy segment of the population. In addition, dentists want to make patients who have their dental disease under control aware of the more sophisticated aspects of modern treatment and preventive procedures. Dental hygienists and assistants are lobbying to increase the procedures that they can perform on patients under supervision of a dentist. Generally, the profession at large is more in favour of such extension of duties than are the licensing boards. Extension of supervised duties is inevitable but will proceed at a rate determined by the provincial boards.

Another issue for some dental practitioners is the occurrence of retail dental establishments (similar to pharmacies) that are beginning to appear in Canada. They offer longer hours of operation in return for treatment by a number of different dentists using the clinic format.

Further, relationships with third-party (insurance) carriers continue to be the subject of debate. Most dentists feel strongly that the individual doctor-patient relationship must be

preserved wherever possible and resist control by insurance carriers, by continuing to deal directly with their patients.

In addition, the development of several government sponsored dental programs is changing the methods of delivery of dental service to specific segments of the population. Some provincial governments have denticare plans covering children, adults, geriatric patients, the handicapped, or some combination of these groups. Delivery of rudimentary dental treatment to native people in northern Canada by trained members of their group, has been underway for several years. Modern North American dental treatment can offer a range of services from preventive care to aesthetic orthodontics and prosthodontics, through servicable restorative treatment to extraction of all teeth and replacement with dentures. Most of these services are elective. An individual treatment plan can be formulated based on attitudes, aesthetics, functional and economic factors, and an understanding of the services available. Only if the patient is made aware of the long-term consequences of treatment, or lack of it, is it possible to elect a personal course of rehabilitation or neglect. The technical nature of dental rehabilitation allows many ways of performing inadequate, patch-work, or under-treatment, that may not be perceived by the patient until too late. Dental treatment must be precise, uncompromising and skillfully planned or it will have to be repeated prematurely, or lead to the need for early extraction of the teeth. There is concern on the part of the dental profession that patients involved in innovative treatment delivery programs be made aware of the difference between pain-relief, extraction-oriented treatment, and the variety of dental options currently available to them.

As well, continuing education, as a resource, is utilized differentially. The scope of dental practice can be as narrow as dental restorations and extractions, or as wide as previously described, with each specialty generating data, almost faster than the individual dentist can digest and incorporate the information. Some dentists spend thousands of dollars per year for continuing education. Others it seems neither darken the door of an educational institution nor attend dental society or continuing education meetings on a regular basis.

Successful modern dentists practise in offices they have designed, staffed and equipped in the best way they are capable. They are usually aware of the costs of practice at least on a monthly basis, and sometimes on an individual item basis. Gold speculation escalated dental overhead costs, only to be followed by international speculation in silver. Both of these minerals remain the major materials used in the restoration of teeth. The lowered value of Canadian currency on world markets has produced another rise in overhead, since dental equipment is almost entirely imported. Dentists are genuinely concerned by the overhead-generated fee rises that, unlike some medical costs, are not subsidized or subject to budget burial. North American dentists have fought to keep their independence and to preserve the doctor-patient contract for services performed. As a result, the patients who choose to be treated by a private practitioner are responsible for the full, unsubsidized costs of the professional and overhead components of the dental fee. On the other hand, they can choose the practitioner they wish, arrange mutually convenient appointments and be assured the dentist will accept full responsibility for the service provided.

FACULTIES OF DENTISTRY IN CANADA

University of Alberta,
Edmonton, Alberta
University of British Columbia,
Vancouver, British Columbia
University of Manitoba,
Winnipeg, Manitoba
Dalhousie University,
Halifax, Nova Scotia
University of Toronto,
Toronto, Ontario
University of Western Ontario,
London, Ontario
McGill University,
Montréal (Québec)
Fac. de médecine dentaire,
Université de Montréal,
Montréal (Québec)
École de médecine dentaire
Université de Laval
Ste-Foy (Québec)
University of Saskatchewan,
Saskatoon, Saskatchewan

DENTAL HYGIENE PROGRAMS

University Programs:

University of British Columbia,
Vancouver, British Columbia
University of Alberta,
Edmonton, Alberta
University of Manitoba
Winnipeg, Manitoba
Dalhousie University,
Halifax, Nova Scotia

Community College Programs:

Algonquin College, Ottawa, Ontario
Canadian Forces, Borden, Ontario
Collège de Maisonneuve,
Montréal (Québec)
Collège Régional Bourgchemin,
St. Hyacinthe (Québec)
Édouard Montpetit,
Longueuil (Québec)
François-Xavier Garneau,
Québec (Québec)
George Brown College,
Toronto, Ontario
John Abbott College,
Montréal (Québec)
Seneca College,
Toronto, Ontario
Wascana Institute,
Regina, Saskatchewan

DENTAL ASSISTING PROGRAMS

Algonquin College, Ottawa,
Ontario
Canadore College, North Bay,
Ontario
Canadian Forces, Borden, Ontario
Confederation College,
Thunder Bay, Ontario
George Brown College, Toronto, Ontario
Holland College, Charlottetown,
Prince Edward Island
Keewatin College, The Pas, Manitoba
Kelsey Institute, Saskatoon, Saskatchewan
Malaspina College, Nanaimo,
British Columbia
New Caledonia, Prince George,
British Columbia
Nova Scotia Institute of Technology,
Halifax, Nova Scotia
Northern Alberta Institute of Technology,
Edmonton, Alberta
Seneca College, Toronto, Ontario
Southern Alberta Institute of Technology,
Calgary, Alberta
Okanagan College, Kelowna, British Colombia
Red River College, Winnipeg, Manitoba
Vancouver Vocational Institute,
Vancouver, British Columbia
Wascana Institute, Regina, Saskatchewan
(Dental Nursing)

Chapter 2 EDUCATION OF SPECIAL CHILDREN*

David Baine

It is difficult to make general statements about special educators. Teachers of the handicapped are as heterogeneous as the groups of individuals with whom they work. Special education teachers vary depending on the amount and type of training received, degree of specialization, types of exceptionalities with which they work, situations in which they are employed, and theoretical and methodological approaches to testing and teaching that they follow. Training and credentials in this young profession vary considerably. This chapter describes the characteristics of educators of special children in Canada, and the professional group which they form.

1. HISTORICAL DEVELOPMENTS AND WORK ENVIRONMENTS

(a) History

Early records indicate that in Canada, programs for the handicapped date from the late 1800s. In 1889, the Institution for the Deaf and Dumb was established in Winnipeg, Manitoba (Blake, 1956); and the Ontario School for the Blind was founded in Brantford. Initially, specialized training for teachers of the handicapped was not available. Special education and training programs were frequently operated by parents' groups. Provincial departments of education had little responsibility for education of the handicapped. Currently, most major universities in Canada offer specialized training for educators of special children at the undergraduate and/or graduate levels of study. All provincial departments of education have a branch responsible for administration of special education programs. At the beginning of 1980, six of Canada's twelve provinces and territories had mandatory legislation requiring all school boards within the respective jurisdictions to provide appropriate educational services for handicapped children (Goquen, 1980).

(b) Training Programs

In Canada, special education teachers begin their training with either two to four years of liberal arts and/or science background; or one to two years of paraprofessional training at a junior college. The second stage of study involves from one to three years in both regular and special education. Both stages together comprise four to five years of training to obtain a bachelors degree (Hardy, McLeod, Minto, Perkins and Quance, 1971). Most undergraduate programs train generalists capable of working with the most prevalent types of mild to moderate handicapping conditions (e.g. learning disabilities and educable mental retardation). Some programs provide specialist training during a fifth year of the bachelors program or in a one to two year post-bachelor, diploma or certificate program (Hardy, et al. 1971). These programs may offer more

---

* Reviewers of this chapter: Karen Baine, Special Education Teacher and Dr. G.M. Kysela, Professor and Special Educator, Department of Educational Psychology, University of Alberta, Edmonton.

advanced or specialized training with common types of exceptionalities (e.g. learning disabilities; educable mental retardation; giftedness; and creativity). Alternately, students in these programs may be trained to work with more severe or less prevalent handicaps (e.g. the visually or auditorily impaired; the severely and profoundly handicapped; and the physically or multiply handicapped). On the other hand, some programs provide all of their special education training (generalist and specialist) at the post-bachelors level. Some Canadian universities offer post-graduate certificates, diplomas and/or masters and doctoral degrees in special education. In Canada, training and credentials in this young profession are still highly variable.

(c) Work Environments and Roles of Special Educators

Following graduation, special education teachers may be employed in a variety of settings. Some graduates, by choice or by the policy of a board of education, may spend the first one or two years of teaching in a regular education classroom. Other graduates may be employed directly in hospitals working with short-term or chronic care individuals who are emotionally disturbed, physically handicapped, or health impaired. Some teachers work in homebound instruction programs with children who are medically or emotionally involved. Other teachers work in residential treatment facilities or special schools (public or private) for children with a particular type of exceptionality, such as hearing or visual handicaps, or emotional/behavioural disorders. Special education teachers are also employed in locked residential, detention facilities for juvenile offenders. Some teachers work as itinerant consultants or specialists and travel between schools in areas that have insufficient resources or children with special needs (such as sensory or physical disorders) to support a full-time program in each school.

Most special education teachers are employed in segregated special education classrooms or resource rooms in regular schools. The segregated or self-contained special education classroom is located within either a regular or special school. These classrooms are usually reserved for more severely handicapped children, such as the moderately to severely mentally retarded; emotionally disturbed; sensorially handicapped; or physically impaired who stay within their classroom for most, if not all, of their instruction. Special education teachers also work in resource rooms with children who are withdrawn from their regular classrooms for brief periods of concentrated instruction. Resource rooms are the predominant service delivery approach for mildly disabled pupils (Sargent, 1981). The majority of children served in these classrooms are slow learning or learning disabled; some children with visual or hearing handicaps or individuals on enrichment programs may also participate (Hardy, 1977).

II. BODY OF KNOWLEDGE UNIQUE TO THE PROFESSION

(a) Core and Specialized Subject Matter

Following, or in conjunction with coursework in liberal arts and/or science, special education students usually take courses in general or regular education. Educational foundations courses provide a social, historical, anthropological, and philosophical understanding of education. Courses in educational psychology offer knowledge in the fields of learning and development, guidance or counselling, general models and methods of instruction, personal and social dynamics, language and cognition, measurement and evaluation, as well as statistics and research methods. Educational administration courses are concerned with legal, organizational, professional, and economic considerations. The focus of curriculum and instruction courses is on curriculum

development and teaching strategies related to specific school subject areas such as language, reading, physical education, industrial and vocational education. Students also participate in one or more practica in which they observe and assist in conducting individual or small group instruction, and managing an entire regular education classroom.

Special education training may be taken together with, or following, instruction in general education. The program usually begins with a survey of the nature of various types of exceptionalities: intellectual, social/emotional, sensory, motor and communication. Subsequent courses may focus on a more intensive study of particular categories of exceptionality, such as learning disabilities or giftedness. Separate courses may be offered on the learning and developmental characteristics of exceptional individuals with respect to their personality, physical, cognitive and linguistic characteristics. Courses in assessment and diagnostic methods review the selection, administration, and interpretation of formal and informal, group and individual, readiness, screening, achievement and diagnostic tests. These tests relate to school subject areas (such as language and arithmetic) intellectual and cognitive functioning, adaptive behaviour, vision, hearing, perceptual and motor skills. Curriculum courses review the construction or selection, adaptation, implementation and evaluation of instructional programs for individual and group instruction of a variety of special groups of children. Students are taught to interpret assessment data and to individualize instruction. Courses in instruction review a variety of techniques for teaching exceptional individuals and for organizing and scheduling group instruction. Various methods of behaviour management used to cope with problem behaviours and promote positive, adaptive behaviour are also taught. All of these skills are integrated into one or more practica that may take place in psychoeducational clinics, special education classrooms, resource rooms, institutional facilities or hospitals.

(b) The Research Basis of Theories and Methods in Special Education

Special education is concerned with the sensory, motor, cognitive, social-emotional, perceptual, communication, academic, vocational and life skills development of a great variety of handicapped persons throughout their life span. Thus, by necessity, special education is a very broad based area of study. For example, theories and methods relating to learning disabilities are derived from: pediatrics, neurology, ophthalmology, otology, psychiatry, pharmacology, endrocrinology, electroencephalography, general education, speech and language pathology, linguistics, psychology and educational psychology, sociology, optometry, audiology, physical therapy, genetics, nutrition and biochemistry (Lerner, 1976; Myers and Hammill, 1976).

Much of the data on which special education theories and methods are based is derived from research conducted by special educators themselves. The majority of the research involves well controlled, empirical studies, both theoretical and applied. Applied research focusses on topics such as: evaluation of assessment devices and procedures; testing of various instructional techniques; evaluation of different curriculum sequences; efficacy studies of various methods of coping with behaviour management problems; validation of techniques designed to accelerate aquisition, extend maintenance and increase generalization of learning; and examination of methods of data collection and analysis. Research on theoretical and philosophic issues focusses on topics such as the validation of various models of memory, perception and development with handicapped populations. Studies are also conducted on topics such as normalization, deinstitutionalization and the ethics of various types of treatment.

III. CLINICAL SKILLS UNIQUE TO THE PROFESSION

(a) General Diagnostic Procedures and Treatment Programs

The actual steps taken by a special education teacher working with a particular child, depend in part, on the theoretical and methodological model s/he employs. The models of assessment and remediation used by special education teachers may be divided into two broad categories: diagnostic-remedial; and behavioural or task analytic. The diagnostic-remedial or psychoeducational model focusses on the diagnosis and remediation of cognitive, perceptual, sensory, and other similar states and processes within the learner. The model is frequently represented as a central processing model involving input (sensory modalities), integration (intersensory and associative), output (motor and vocal response systems), storage and retrieval (memory) and feedback, plus others (Haring and Bateman, 1977). Adherents to this approach employ diagnostic tests such as the Illinois Test of Psycholinguistic Abilities, the Purdue Perceptual Motor Survey, the Developmental Test of Visual Perception, the Wechsler Intelligence Scale for Children and the Bender Visual-Motor Gestalt Test. These tests are used to identify underlying deficits in cognitive, perceptual or other areas of central functioning that are believed to influence performance in areas such as reading, speaking, writing, and direction following. Remediation is directed to the correction of these underlying problems to bring about a subsequent removal of a presenting symptom, such as inadequate word attack skills.

Followers of the task analytic, behavioural approach focus exclusively on external, observable, measurable behaviours and environmental conditions rather than on internal hypothetical states or processes within the learner. Teachers employing this approach might use criterion referenced tests that assess a child's acquisition of observable, measurable behaviours prerequisite to being able to perform a specific skill to criterion under specified environmental conditions. This skill, described in an instructional objective, would be task analyzed into its prerequisite subskills and behavioural techniques would be employed to teach these subskills directly.

Thus, given a word attack problem, a teacher following the diagnostic prescriptive approach would attempt to identify an underlying cognitive or perceptual deficit that was impeding acquisition of the word attack skills. Remediation would be directed toward the amelioration of this underlying deficit in the belief that when the deficit was corrected the word attack problem would subsequently be remedied. On the other hand, a follower of the behavioural or task analytic approach would analyze the observable, measurable behaviours prerequisite to performing the word attack skills and would employ behavioural techniques to teach the prerequisite word attack skills directly.

Teachers in segregated special education classrooms are responsible for: a) achievement and diagnostic testing throughout the school year; b) curricular, material and instructional development; c) individualization, evaluation, and revision of educational methods and materials; and d) behavioural and classroom management while working with individuals, small groups and entire classes. In addition to being responsible for academic development in the school subjects, the teacher may also be accountable for the following areas of performance: sensory/perceptual; communication (oral, written, manual or symbolic); socialization; motor development; leisure activities; prevocational training and independent living skills (self-help: dressing, feeding, and toileting; domestic skills; community living; and sex education). The teacher must also be prepared for crisis intervention: seizures, violent behaviour, injury, or allergic reactions. In

addition, teachers in segregated classrooms must be able to interpret the educational implications of reports received from a variety of different types of professionals, supervise teaching aides, counsel parents, and coordinate home and school programs.

The function of the special education teacher in a resource room is to keep mildly handicapped students enrolled in regular classes (mainstreaming) by offering periodic short-term individual or small group instruction, and by providing support to the regular teacher through special materials, consultation and inservice training. The resource room teacher provides supplemental educational services in the form of assessment, remedial intervention, and parent and teacher consultation in the areas of reading, arithmetic, language, and behaviour. Some teachers may focus more heavily on the remediation of perceptual, psycholinguistic or cognitive deficits. It is expected that the resource teacher will work in conjunction with the regular classroom teacher to coordinate and generalize the remedial program.

According to Evans (1980), Hardy (1978) and Sargent (1981) resource room teachers distribute their time in the following manner: direct instruction in areas such as reading, arithmetic and spelling: 50-75%; consulting with staff regarding behaviour control, materials selection and adaptation, and methods of instruction: 8-14%; preparing and planning for instruction: 1 hr/day - 16%; assessment and evaluation: 7-13%. Hardy found that of the time spent in remedial activities, learning resource teachers spent 45% of the time in direct intervention (3% working on an individual basis, 23% in small groups, and 18% in classes). Of the time spent in indirect intervention, 45% of the time was spent providing advice and materials, and eight percent was spent working with volunteers and tutors.

(b) Specialization

In addition to working as teachers within segregated special education classrooms or in resource rooms, as previously described, special educators may function in other capacities. Itinerant teachers in rural or urban areas function primarily as consultants to teachers in several different schools. The responsibilities of itinerant teachers include assessment, selection, adaptation and evaluation of instructional materials, equipment and techniques, teacher consultation, and inservice training. The itinerant teacher may also provide some specialized instruction to individual children as required, and may assist parents, school personnel, counsellors, and social workers.

Special education teachers in each of the foregoing roles may have been trained as generalists capable of working with individuals having a variety of mild handicapping conditions. Alternatively, these teachers may have received specialized training in specific subject areas (such as reading or language), or may have specialized in working with particular types of handicapped individuals (such as those with learning disabilities, hearing handicaps, or behaviour disorders). In some jurisdictions, teachers may receive special certification indicating their area of specialization.

Students who obtain a diploma following an undergraduate degree in special education are frequently viewed as specialists or "master teachers", who often continue to provide direct service to exceptional individuals. Persons completing a masters degree may also provide direct intervention, but they are more likely to function in a consultative or administrative capacity. These individuals are frequently involved in program development and evaluation, provision of assessment and consultative services, as well as research and inservice training. In some provinces, persons with a masters degree in special education obtained in a department of educa-

tional psychology, may be certified as psychologists. Many of the roles played by a person with a masters degree would also be fulfilled by an individual with a doctorate (a PhD or an EdD). In addition, persons with a doctorate in special education are likely to be employed as senior administrators and as university professors and researchers.

IV. RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Smith and Neisworth (1977) have proposed the following definition of special education:

> "special education is that profession concerned with the arrangement of educational variables leading to prevention, reduction or elimination of those conditions that produce significant deficiencies in the academic, communicative, locomotor or adjustive functioning of children . . . an emerging applied science for designing and delivering intervention with the goal of normalization for all children (p. 13)."

Usually, provincial departments of education provide each teacher with a curriculum describing the scope and sequence of skills to be taught to a particular subpopulation of handicapped learners. Instructional programs and materials are also made available. It is the teacher's responsibility to assess each student's level of achievement, diagnose specific needs, select appropriate long and short term goals, choose and implement individually suitable instructional methods and materials, reassess student progress, revise programs accordingly and report to parents and the principal. Where necessity demands, teachers can usually make referrals to a regional professional support team. These teams may be variously comprised of educational or school psychologists, speech therapists, physiotherapists, and specialist consultants for auditory or visual impairments, and reading or language difficulties. Social workers and health services personnel may be associated with the team. Members of the team may also make referrals to other professionals outside the educational realm such as physicians, neurologists, and ophthalmologists.

In some circumstances, special education teachers may make direct referrals to professionals outside the school system. Usually, however, referrals made by teachers in segregated classrooms and resource rooms are initially directed to either: a) itinerant or resident program coordinators of consultants; b) the school principal; or c) the professional support team. The program consultant and the principal may forward referrals to the support team or directly to professionals outside the school system.

Special education teachers in segregated classrooms, resource rooms, and institutional settings, may work in relative isolation from other professionals. In the multidisciplinary approach to special education, each discipline provides an initial evaluation and develops and implements its own remedial procedures in isolation. Communication across disciplines is virtually nonexistent and there is no attempt to allocate services by priorizing the child's needs. The interdisciplinary model is similar to the multidisciplinary in that initial evaluations are done independently by members of various disciplines and each therapeutic program is provided in isolation from each of the other programs. The basic difference between the approaches is that the interdisciplinary model advocates the establishment of formal communication and the assignment of a case manager to avoid compartmentalization and fragmentation of services. The case manager's role is not to monitor the service but merely to direct the flow of information. There is strong

committment to group decision making and the development of a unified service plan. In the transdisciplinary model team members are responsible for initial assessments (McCormick and Goldman, 1979). In addition, they are expected to contribute to the development of a comprehensive individualized treatment program. The unique feature of this model is that rather than having each discipline implement its own treatment, all remedial programming becomes the responsibility of one or two team members selected by the team. Other team members remain available on a continuing basis for consultation and direct assistance.

V. SUBJECTIVE EXPERIENCE AND EXPECTATIONS OF THE PROFESSION

In the transdisciplinary or interdisciplinary approaches to treatment, the special education teacher (due to the nature, extent and duration of his involvement with a handicapped individual) usually becomes the case manager or one of the members of the small, direct treatment team. In these situations, the teacher as a team member, participates in the mutual sharing of diagnostic data and the coordinated development, implementation, and evaluation of treatment. Operating within these models, the teacher can provide to other members of the team, information about the child's changing daily behaviour, to assist diagnosis, prescription and modification of treatment. For example, the team psychologist becoming familiar with both teacher and child, can recommend treatment methods suitable to the child and congruent with the teacher's philosophy and methodology.

Unfortunately, the trans-and inter-disciplinary models of intervention are not commonly employed. In the more prevalent multidisciplinary approach, the various disciplines work in relative isolation from each other. The resulting lack of communication and coordination not only results in overlap or omission of essential services, but also produces destructive results when various treatments are counter productive. Consider, for example, the situation where a child presents a serious behaviour management problem in the classroom. In response to these difficulties, a medical practitioner may prescribe medication at the same time as the child's teacher begins to employ behaviour modification strategies. During the period in which the doctor is attempting to establish a proper dosage, the teacher may be employing behavioural extinction procedures that usually lead to a temporary increase in the frequency, intensity, and/or duration of the behaviours being modified. These results may lead the doctor to increase or change the medication thus producing side-effects unexpected by the teacher. Thus, both the teacher and the doctor may employ a long series of alternate treatment procedures while attempting to cope with secondary problems that are artifacts of an uncoordinated treatment program. The ultimate result of the intervention may be the abandonment of potentially useful treatment techniques. When the best available techniques have failed to make the desired improvements, what hope is there? Unfortunately, in this situation the child is the victim rather than the beneficiary.

Another difficulty that arises in the multidisciplinary approach is that problems treated by various professionals operating in isolation may not be directed to the amelioration of problems of high priority that are typically exhibited in the classroom. In fact, sometimes the problems manifest in a clinical setting may be nonexistent in the classroom or, if they do exist, they may be manifest in a distorted manner in the clinical environment. As a result, the recommendations made by clinicians may appear quite inappropriate to the teacher. In this circumstance, the clinician loses credibility and the child does not receive necessary treatment.

Without coordination between the clinic and the classroom, the teacher is unable to work on the generalization and maintenance of treatment effects achieved in the clinic. This situation is very frustrating when the teacher may have originally initiated the referral for treatment. On the other hand, it is also problematic when professionals unfamiliar with classroom environments

and procedures make recommendations for treatment, generalization, and maintenance, that are inappropriate to the classroom.

A difficulty that frequently occurs results when recommendations made to the teacher are general rather than specific, and are subject to a number of interpretations some of which may be quite inappropriate and consuming of time and effort. For example, the statement that "a highly structured approach to instruction should be employed to reduce a particular child's hyperactive, inattentive behaviour", offers little specific direction to a teacher. Alternatively, had the teacher and the consultant making the recommendation worked together, they might have identified precisely how to "structure instruction" to obtain the desired effect.

In many cases, the teacher is the primary source of diagnostic information about the child's characteristic mode of response to a variety of typical daily situations. The teacher also, frequently functions as the primary agent of treatment, and is in an ideal position to evaluate the effects of various types of treatment. Thus, ongoing reciprocal communication with other professionals involved in a child's treatment program is mutually beneficial to all concerned.

REFERENCES

BLAKE N: A short history of the blind department of Jericho Hill. *Totem pole* 1956; 22: 1-2

CHURCH EJM: Special education in Alberta: Past accomplishments, present issues and future prospects. In CSAPO M, GOQUEN L (eds): *Special Education Across Canada.* Vancouver: Centre for Human Development and Research, 1980

EVANS S: The consulting role of the resource teacher. *Exceptional Children* 1980; 402-404

GOQUEN LJ: Right to education for exceptional children in Canada: A growing national concern. In CSAPO M, GOQUEN L (eds): *Special Education Across Canada.* Vancouver: Centre for Human Development and Research, 1980

HARDY M, MCLEOD J, MINTO H, PERKINS S, QUANCE W: *Standards for Educators of Exceptional Children in Canada.* Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1971

HARDY M: The learning resource teacher. *Education Canada* 1977; 28-32

HARDY M: The learning resource model in a school system. Paper presented at the World Congress on Future Special Education (First, Stirling, Scotland, June 25-July 1, 1978), *ERIC ED* 157-285

HARING NG, BATEMAN B: *Teaching the Learning Disabled Child.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1977

KEETON A: Policies and practices in Ontario special education: A time for change. IN CSAPO M, GOQUEN L (eds): *Special Education Across Canada.* Vancouver: Centre for Human Development and Research, 1980.

LERNER J: *Children with Learning Disabilities.* Boston: Houghton Mifflin, 1976

MCCORMICK L, GOLDMAN R: The transdisciplinary model: Implications for service delivery and personnel preparation for the severely and profoundly handicapped. *AAESPH Review* 1979; 4(2), 152-161

MYERS P, HAMMILL D: *Methods for Learning Disorders.* New York: John Wiley and Sons, 1976

SARGENT L: Resource teacher time utilization: An observational study. *Exceptional Children* 1981; 420-425

SMITH R, NEISWORTH J. *The Exceptional Child.* New York: McGraw-Hill, 1977

Chapter 3 MEDICINE*

Robert Shea

1. HISTORICAL DEVELOPMENTS AND WORK ENVIRONMENTS

(a) History

Medicine, the profession of the art and science of prevention, cure, and relief of disease, has a history interwoven with the history of the human race. When recorded history came into being, the practice of medicine was old. Skulls 8,000 to 10,000 years old bear the marks of surgical entry or what we now recognize surgically as "burr-holes". The profession has a proud heritage of more than 50 centuries of service to humanity built on a foundation of concern for the welfare of fellow men, women, and children. The quality or lack of quality of medical service has profoundly influenced the course of past civilizations and continues to do so today (Parke-Davis, 1966).

(b) Training Programs

Medical training programs are offered by the Faculty of Medicine at 16 Canadian universities (listed in Section 7 of this chapter). Admission to these programs is competitive; many provincial universities have quotas or require that the candidate be a resident of the province in which the university is situated. Most faculties of medicine require satisfactory completion of two to three years of university education in an arts/science pattern, prior to admission to a three to four year training program (varying with the length of the academic year), at which time the medical degree is conferred, followed by a further one to two years of additional clinical training prior to commencing practice.

Most medical graduates enter practice following the completion of the above training and passing the examination set by the Medical Council of Canada. Others choose to continue training in a specific division of medicine or surgery. Such specialty training programs vary with the university and the program staff; but all such training centres and programs are subject to approval by the Division of Training and Evaluation of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, which also sets stringent written and oral examinations for candidates completing such specialty training programs.

(c) Work Environments

Many physicians are involved in what is known as "primary care" where they are the physician of first contact for the patient. Such an individual may work alone, with arrangements of coverage

---

* Reviewers of this chapter: J.K. Martin, MD, FRCP (C), Director of Medical Services, Glendale Lodge Hospital, Victoria; A. Mervyn Fox, MB, BS, FRCP (C), DCH, Developmental Pediatrician, Thames Valley Children's Centre, London.

by another similar physician for alternate or regular nights or weekends, or attendance at continuing education meetings or annual holidays. Where physicians work in groups, the coverage component is taken care of by other members of the same office group. In this setting patients are usually assured of a physician being available, with whom they are acquainted and comfortable in the absence of their own physician and whose medical records are available to that physician on call. Other physicians work in association with larger medical clinics, which combine medical and surgical specialty consultants along with family physicians. Still others work in public health settings, such as city or municipal health units, or in ambulatory care settings usually situated in teaching hospitals.

Medical and surgical specialists often work in similar settings, as described above and many (especially in internal medicine and paediatrics) are also involved in primary care. Some specialists restrict their practice to specific sub-specialty areas of medicine or surgery. Many of these are located in larger population areas or in university settings, where part of their time is allocated to lecturing and training of undergraduate medical students and post-graduate physicians in specialty training programs.

II. BODY OF KNOWLEDGE UNIQUE TO THE PROFESSION

(a) Core Subject Matter

Physicians are primarily concerned with the diagnosis and treatment of disease processes. Training to achieve this capability involves the study of the basic sciences of human anatomy (both grosss and microscopic), embryology, physiology, biochemistry, pathology, and pharmacology. This basic study provides training in the methodical collection of evidence and the drawing of logical inferences from it. The knowledge of how the organs of the body function in health is basic to the understanding of how the same organs will react to noxious agents that cause disease. It is the scientific study of causation of disease that aids in deriving measures necessary for the prevention of disease. To understand how an organ works, it is essential to have knowledge of its structure or anatomy. Knowing the biochemical processes occurring within the organ is essential in understanding the function or physiology of that organ. The study of disease processes (pathology) and the effects of therapeutic agents on those processes (pharmacology/therapeutics) are also required.

Following the attaining of this basic knowledge over an average two year interval, the focus shifts to the clinical setting. This acquired information is then applied to clinical conditions in patients (at the bedside in hospital or in out-patient or office settings) - always under the close supervision of a clinician appointed on the basis of training or qualification, plus demonstrated ability to impart such information and the "art" of medicine to medical trainees. During the following two years, by rotating through various medical and surgical departments and their sub-specialities, the physician trainee acquires the ability to interview and physically examine patients, to select appropriate investigative procedures and to interpret the results to determine what, if anything, is wrong and what is indicated to be done. The physician also learns to recognize the disorders which he can handle and those disorders which merit management by others with greater expertise and training.

(b) Specialized Subject Matter and Research

The field of medicine is so broad and medical knowledge expands so rapidly, that many medical and surgical sub-specialties have evolved. Much of the knowledge specific to each sub-specialty has been derived through animal experimentation, as with carbohydrate metabolism, nutrition, and endocrinology. Many surgical techniques have also been perfected in experimental animals. Some clinical problems can be elucidated only through continued and recorded observation on man and much has been gained through such clinical research.

Such research is often undertaken by specialists in clinical practice confronted by clinical problems demanding solution. Often a physician training in a medical or surgical specialty will undertake such a problem, research previous literature on the problem, and develop a model experiment or protocol. This may involve a series of laboratory animals in which the disorder is produced. Then a new pharmacologic agent or a different or innovative surgical procedure is utilized under the supervision or with the assistance of the clinician or pertinent basic science professor. The result of such work is usually presented at medical meetings, challenged by others working in the same specific area, published in basic science or clinical journals, replicated by others, and then accepted or discarded as a recognized medical/surgical treatment method for that disorder. Through these methods, medical knowledge is known to double every ten years. This underlines the need for continuing education programs for both primary and consulting physicians to keep them up to date in disorders and their appropriate management.

III. CLINICAL SKILLS UNIQUE TO MEDICINE

(a) General Diagnostic Procedures

The diagnosis of a disorder or disease depends on obtaining information relative to the presenting complaint. In adults, such information is obtained from the patient, while in infants and young children, such information is usually obtained from the parent(s). The interview of the patient by the physician is structured to obtain the nature of the complaint or problem with which the patient presents, together with information relative to its onset--What relieves or aggravates the problem? Any prior similar incident involving the patient? Past illnesses? Illnesses involving blood relatives? Body organ systems? Life style and personal habits? A careful and thorough history, and a complete examination is done to see if any physical findings correlate with the presenting history. Subsequent laboratory investigations may be indicated, such as blood work, including measurements of hemoglobin, red and white cell numbers and shapes, together with chemical examinations of blood serum and/or cells; x-rays of pertinent body parts may be indicated, or electrophysiological measurements undertaken, - such as an electrocardiogram (ECG), electroencephalogram (EEG); and specialized studies, such as computerized X-ray investigations of the brain and skull (CT scan) or other studies of other parts of the body, utilizing radio-active tracer substances.

Based on the combination of history, physical findings and investigative results, appropriate management would then be undertaken.

(b) Types of Physicians

(i) Family Physicians

These physicians are usually the first medical contact of most patients. The College of Family Physicians in Canada is the certifying body for Certified Family Physicians in Canada (CCFP). The College states that a certified family physician shall be skilled in establishing and maintaining relationships with patients of all ages and associates which maximally facilitates the provision of health care. He shall be skilled in sensing and formulating all health problems and investigating and managing common health problems. He shall be able to arrange through consultation and delegation, the provision to patients of those elements of health care which are better provided by other health professionals.

(ii) Specializations Within the Profession

Within the practice of medicine and surgery there are many specializations. Prior to 1937, two specialties "Internal Medicine" and "General Surgery" were recognized by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada which came into being in 1929 to act as an incentive to physicians and surgeons to aspire to higher qualifications and, therefore, a higher standard of service to the public. Royal College qualification has become an almost universal necessity for medical school teaching appointments, some hospital staff privileges, speciality society membership (e.g. Canadian Paediatric Society), specialist fee schedule payments, specialist recognition and registration by nine out of ten provincial medical licensing bodies. (The licensing authority in Quebec is the Professional Corporation of Physicians of Quebec which conducts its own specialist certification program.)

The "Internal Medicine" and "General Surgical" specialties soon shared their position with "Obstetrics and Gynecology" and "Paediatrics". Surgical sub-specialties of Orthopaedics, Urology, Neurosurgery, Ophthalmology, and Otolaryngology were derived and later, with the expansion of scientific knowledge and technology, the medical sub-specialties of Cardiology, Clinical Immunology, Gastroenterology, Hematology, Respiratory Medicine, Rheumatology, Nephrology, and Endocrinology were designated.

Currently there are 40 specialties recognized for which the Royal College has established training programs and offers exams. By contrast, the American Medical Association now lists 83 "Identified Areas of Special Interest in Medicine". The Royal College continues to review proposals for recognition of additional specialties or areas of special competence (e.g. newborn care) (Royal College of Physicians and Surgeons, 1979 and 1980).

All 40 specialties need not be mentioned here. Those included below are specialties with which interdisciplinary teams are most likely to relate. The reader will note that frequent reference is made to paediatrics and children. In part, this is due to the fact that a paediatrician was chosen to present this chapter on "Medicine" because the case illustration in the Appendix required paediatric input.

Pediatrics

Physicians in pediatrics work with children from birth (and sometime before) to age 16 years. As such, paediatricians are concerned with growth and development at all ages and stages from birth through adolescence, together with the recognition and management of disease and disorders at any of these stages. Much of their work is primary care. Some, with sub-specialty training, consult regarding neurological problems or problems relating to gastroenterology (stomach, bowel, liver);

endocrinology (thyroid, adrenals); cardiology (heart and related disorders); hematology (anemia, leukemia, clotting problems). A child presenting with multiple problems might require consultations from one or more paediatric sub-specialists; the primary paediatrician is usually the one who initiates these referrals, interprets the findings to parents, and helps to set priorities for treatment.

Some paediatricians are now specially trained and work in interdisciplinary settings, with knowledge in medicine and child development, plus understanding and acceptance of skills brought to the interdisciplinary team by speech therapists, audiologists, psychologists, physiotherapists, occupational therapists, social workers, and educators. As such, the paediatrician in this setting is in a unique position to coordinate medical evaluation, suggest appropriate consultants, review the findings of the team, and explain these findings to the parent in language they can understand.

Internal Medicine

A physician in internal medicine specializes in the diagnosis and medical (as opposed to surgical and obstetrical) treatment of diseases of adults. This includes heart and lung problems, diabetes, thyroid and other endocrine problems, as well as blood disease and digestive disorders.

Physical Medicine and Rehabilitation

Physicians in physical medicine and rehabilitation diagnose, treat, and prevent disease with the aid of physical agents such as: light, heat, cold, water, electricity, or mechanical apparatuses (braces, artificial limbs). They are trained to care for the multiple needs of trauma and stroke victims; and those few existing paediatric physiatrists assist in: bracing and gait training in cerebral palsy; seating devices for children lacking sitting balance; and direction of specific physical therapy.

Ophthalmology

Physicians in ophthalmology specialize in the diagnosis, and medical and surgical treatment, of diseases and defects of the eye and related structures. Children often have eye disorders associated with other developmental disabilities.

Rhino-otolaryngology

Physicians in rhino-otolaryngology specialize in the diagnosis, and medical and surgical treatment, of diseases of the ear, nose and throat. Children with recurrent or permanent hearing loss should be seen by such a physician.

Plastic Surgery

Physicians in plastic surgery are concerned with the restoration, reconstruction, correction, or improvement in the shape and appearance of body structures that are defective, damaged or mishapen by injury, disease, or growth and development. These are the surgeons who undertake repair of cleft lips and palates, revise webbed fingers, and absent or abnormal portions of anatomy (such as ears).

Neurology

Physicians in neurology specialize in the treatment of disorders of the nervous system. Children with cerebral palsy, epilepsy, muscular dystrophy are frequently referred to a neurologist, and preferrably to a paediatric neurologist. Neurologists interpret electroencephalograms (EEG).

Urology

Physicians in urology specialize in the urinary tract in both males and females, and in the genital organs of males.

Orthopaedics

Orthopaedics is that branch of surgery which is specially concerned with the preservation and restoration of the function of the skeletal sytem, its articulations, and associated structures. Pediatric orthopaedists are trained in the care of orthopaedic problems related to cerebral palsy, dislocated hips, and developmental bone growth problems (such as scoliosis) in children.

Genetics:

A combination of abnormalities presenting in a child may comprise a documented syndrome which is known to be transmitted through family lines. Where this question arises, it is helpful for the child and his parents to be assessed by a human geneticist to catalogue the abnormalities, undertake any pertinent chromosomal studies and advise the parents regarding the risk of recurrence of the condition in further children, or grandchildren through siblings of the patient.

IV. RIGHTS AND RESPONSIBILITIES OF THE PROFESSION

(a) Autonomy

The medical profession is recognized in each province in Canada under a Medical Professions Act. This Act provides for a Provincial Licensing Board which usually delegates control of those practising medicine to the Provincial College of Physicians and Surgeons which is responsible for determining the qualifications to practice medicine or a medical or surgical specialty within that province, as well as serving as the disciplinary body for the profession. In Canada the specialty qualifications are administered by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* which establishes training requirements, conducts assessments of such training programs and trainees, and sets examinations comprised of written and oral sections which must be passed before being granted the designation "Fellow of the Royal College of Physicians of Canada", FRCP (C) or "Fellow of the Royal College of Surgeons of Canada", FRCS (C). Similar assessments and exams are set by the College of Family Physicians of Canada regarding family physicians and the granting of the designation "Certified Family Physician of Canada (CCFP)".

(b) Referral Systems

A physician may request a consultation from another physician working in the same area of medical interest or in a sub-specialty, for example neurology. The consulting physician interviews the patient, reviews prior investigations, initiates any indicated further investigation, and using these findings provides comments and/or recommendations for management. The patient is normally

---

* The counterpart in the province of Quebec is la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

returned to the referring physician for follow-up of these findings, unless the referring physician requests that the consultant undertake management of the problem. The opinion expressed by the consultant is not binding on the referring physician, but it is usually heeded.

A physician may request a consultation from a related health professional, such as a psychologist, speech pathologist, audiologist, phsyiotherapist, occupational therapist, or social worker. Usually the physician is grateful for the expertise provided in an area where the physician lacks the specialized knowledge.

A health professional or teacher may directly request a consultation from a physician. However, some physicians work in a specialized area where there is limited access because of part or full-time academic/service commitments, in which case the referral may have to be routed through a family physician to ascertain the need for referral. Further, medi-care programs will provide consulting fees on medical referral, but not on non-medical referral. The latter is often categorized as a "third party" exam, leading to the patient being confronted personally with the consultant's fee. Had the referral been requested by the family physician, the medi-care program would have paid the consultant fee for the item of service (with no extra charge to the patient, unless the consultant "extra billed" or practised outside the plan). On behalf of the family concerned, it is well to determine the situation which pertains regarding the fee before initiating the referral, as it saves embarrassment to both the family and the consultant. Currently many physicians are associated "full-time" on salary in habilitation settings. Referral interviews and exams undertaken in these situations are time-consuming and merit the higher consultant fee, which serves to provide offset revenue to the employing hospital against the physican's salary costs.

Current factors which tend to increase consultations include greater availability of medical services to people with health problems; and rapid expansion in medical knowledge leading to recognition by the primary physician that help is needed and available from specialists working in specific areas. Universal health care and medico-legal considerations also tend to increase the frequency of referral (Saunders, 1980).

Generally, the process of referral includes the recognition that help is needed. The consultant or team which sees the patient, advises the referring physician regarding further care; or proceeds with care as requested by the referring physician. Problems arise where the role of the referring physician and consultants are not spelled out to the patient, who then is uncertain which professional will be following up treatment and sending reports (Saunders, 1980).

V. EXPERIENCE AND EXPECTATIONS OF THE PROFESSION

(a) Cooperative Services Received from Other Professions

I work in an inter-disciplinary setting in which, in addition to paediatrics and physical medicine and rehabilitation, are represented nursing, speech pathology, audiology, psychology, physiotherapy, occupational therapy, social service, and education. Referrals directed to this inter-disciplinary unit are reviewed by the clinical director, for appropriateness for total team assessment. If appropriate, then information is requested regarding prior investigation undertaken in any of the represented disciplines, thereby avoiding needless repetition of valid tests. A contact person from one of the above-listed disciplines is named for the patient. This therapist then phones the patient's parent(s), and clarifies the problem for which the child is being referred; and clarifies the expectations of the parent(s) relative to the assessment. On

arrival for the assessment, the patient and parent(s) are met by the same "contact" person, introduced to the first stop within the assessment schedule, provided with a parking permit, and directed to eating and rest facilities within the unit. At the conclusion of the assessment, all participating therapists meet to discuss pertinent findings, and to develop a "problem" list with respective recommendations. If the assessment findings lie within the area of the original contact person, that person continues to be that family's contact person with the unit. If another discipline is to work more closely with the patient, another relevant therapist is designated to meet with the family and the conference chairman. Following the conference the chairman verbally informs the family of the assessment findings and recommendations and answers any questions. A list of the problems and recommendations is forwarded to the parent(s) on the completion of the assessment summary. The summary is sent to the referring physician and to any concerned facility (school) designated by the parent. Parents are requested to review the problems and recommendations with the referring physician; and are reminded of the availability of the contact person within the unit for further clarification, explanation or direction. This works well, but is dependent on an efficient and empathic assessment clinic coordinator, along with clerical and stenographic staff.

The cooperation of health professionals who have had prior contact with patients referred is excellent. With the appropriate "parental release of information" form attached to requests for information, we have encountered little difficulty. In turn, and with appropriate parental permission, we share our assessment findings with outside facilities working with the patient assessed.

As a pediatrician and team conference chairperson, I expect observations and measurements of levels of function from those disciplines where these are practical, together with appropriate remedial recommendations. The noting of abilities, as well as disabilities is also requested.

Team members expect interaction of their views with mine as a participating team member and chairperson, resulting in recommendations and a plan of action.

(b) Real and Potential Areas of Conflict with Other Habilitation Team Members

Areas of conflict usually involve interpretation of the significance of gross and fine motor incoordination at a given age, in the face of inconclusive evidence of significant central nervous system insult. The documented findings may lead to questions like the following: does the patient require specific sensory-motor integrative training; or will this degree of incoordination improve sufficiently with nothing more than further maturation? Does the motor incoordination also contribute to articulation problems and, if so, does speech therapy need to wait for further maturation or should intervention be undertaken now? Do deficits on psychological testing reflect innocent lack of experience by the child because of inexperienced parents who have provided little cognitive stimulation or few appropriate toys? Does a department receive a patient for "therapy" where that department, on the basis of their assessment, feels there is little real chance for benefit to the patient by such treatment? Hopefully, at the assessment conference such areas of conflict are brought into the open, discussed and consensus reached in facilitating recommendations. Where there is doubt regarding the efficacy of treatment, a trial of therapy over a designated interval of time is often appropriate, rather than denial of treatment.

In settings where both assessment and treatment by more than one department are based, it is unlikely that treatment gaps by a department will occur; this would come to light through a treating department. Where treatment does not occur under one roof, there is an increased likeli-

hood of a patient "falling-between-the-cracks", where one facility surmises that another facility is taking care of a listed problem and, in fact, nothing is in progress for that patient. This is where a "contact person" is valuable for the family, and acts as a facilitator regarding continuity of recommended treatment.

(c) Issues Within the Profession

Many illustrations could have been used to reflect the current issues. Since the whole medical waterfront could not be covered, paediatric examples predominate.

Over the past decade increased concerns regarding the disabled and their rights, have been voiced. Since the beginning of time, defective children have been permitted to die; with improved technology, monitors, drugs and surgical procedures more children now survive. Leon Eisenberg, Professor of Psychiatry at Harvard has noted, "At long last we are beginning to ask, not can it be done but should it be done?"[7] If it should be done, who makes that decision for the newborn child: parents, physician, courts, church, or an impartial advocacy-ethical committee (Haslam, 1979)?

Arguments given to support the contention that a defective infant be allowed to die include: the detrimental economic effect on society; the demoralizing influence on the family; and it may be in the child's best interest to die.

Arguments in rebuttal to the above would include the dollars spent on the health care of adult "skid-road" patients with no hope of societal recompense; the knowledge that although some families crumble with the added stress of a disabled child, others cope quite well (counselling provided to those families detected to be at risk of disintegration is essential); an adult cannot put himself in the place of the child confronted with the disability. Is the adult parent an adequate judge regarding the potential pain associated with required multiple surgery and whether the child would ask to die because of unbearable suffering (Haslam, 1979)?

The answers to this dilemma are neither clear nor easy and each must be approached in its own frame of reference with parents and physicians (in that order) making such decisions. And that decision must be based on the best medical predictions concerning longevity and quality of life.

Within the medical profession itself, there are potential areas of conflict. Some referring physicians will refer for an opinion as to whether an individual has cerebral palsy (is the child retarded?, does the child have a significant speech or language problem)?; but have no intention of specific treatment being undertaken. If treatment is recommended and undertaken, such physicians may object and oppose such treatment. However, most referring physcians are anxious to have the assessment done and to have any indicated treatment undertaken for any deficits determined.

Other areas of conflict include the recommending of additional referrals or tests. Does the assessing facility proceed with these if indicated, or is the patient returned to the referring phsysician for that physician's initiation of the referrals/tests if he agrees? In my experience, this is very much an individual situation and a tactful phone call to the referring physician will quickly clarify the course to follow.

It is also well to clarify areas of medical responsibility pertaining to a patient attending a habilitative setting. The usual understanding is that in the event of sudden illness or accident, appropriate steps will be taken and the primary physician notified. Ongoing general medical care usually remains the responsibility of the primary physician.

(d) Personal Views on Professional Roles, Rewards, Challenges, Issues and Satisfactions

I happen to have come into my current role on a rehabilitation team following part-time consulting work in this general area, while participating actively in a busy pediatric primary care and consultative practice. This process provided me the opportunity to relate closely with other health professionals; to identify my own gaps of knowledge; and to recognize the expertise brought by others to the conference table. I see myself dependent on them for their information and expertise, while they depend on mine. We all share in the successes and agonize at the failures of those who progress so slowly. Each patient is a challenge in its own way and each merits the approach "what are the disabilities?", but also, "what are the abilities?"

VI. REFERENCE MATERIAL FOR THE PROFESSION

(a) Manpower Statistics

The 1981 Canadian Health Manpower Inventory lists 41,398 practising physicians and surgeons. These work in the settings described in Section I above. Prior to the mid 1960s, fewer than 10% of physicians and surgeons were women, most being in general practice, paediatrics and gynecology. In the 1978-1979 academic year, women represented over 30% of graduating medical students, choosing a wider variety of specialties. Membership in the Canadian Medical Association still comprises about 10% women; women under age 35 constitute one quarter of all members (Southam Communications, 1981).

(b) Professional Organizations:

1) National and Provincial Administrative Offices

- National: Canadian Medical Association
  1867 Alta Vista Drive
  Box 8650
  Ottawa, Ontario
  K1G 0G8

- Provincial Branches of the Canadian Medical Association:

  Each province has a Branch of the Canadian Medical Association (CMA). Their names and addresses can be obtained from the CMA.

II) Licensing Bodies

- National: Medical Council of Canada
  1867 Alta Vista Drive
  Ottawa, Ontario
  K1G 3H7

- Provincial (Provincial Registrars):

  Each province has a provincial licensing body administered by a registrar. Their names and addresses can be obtained from the Medical Council of Canada.

(c) Training Programs

Please request information regarding medical training from "The Dean, Faculty of Medicine" of the following Universities:

Memorial University,
St. John's, Newfoundland
Laval Université,
Québec, Québec
McGill University,
Montréal, Québec
University of Ottawa,
Ottawa, Ontario
University of Toronto,
Toronto, Ontario
University of Western Ontario
London, Ontario
University of Saskatchewan,
Saskatoon, Saskatchewan
University of Alberta,
Edmonton, Alberta

Dalhousie University,
Halifax, Nova Scotia
Sherbrooke University,
Sherbrooke, Québec
Université de Montréal,
Montréal, Québec
Queen's University,
Kingston, Ontario
McMaster University,
Hamilton, Ontario
University of Manitoba,
Winnipeg, Manitoba
The University of Calgary,
Calgary, Alberta
University of British Columbia,
Vancouver, British Columbia

Information Regarding Specialty Programs Can Be Obtained From:

Honorary Secretary
Royal College of Physicians and Surgeons
74 Stanley Drive
Ottawa, Ontario
K1M 1P4

(d) Code of Ethics of Canadian Medical Association is available on written request to the CMA Secretariat at the above address.

(e) Continuing Education Programs

Continuing education programs are available on request from the individual universities or the division secretaries of the CMA.

REFERENCES

COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA: Educational Objectives for Certification in Family Medicine. Toronto, 1983

DUFF RS, CAMPBELL AGM: Moral and ethical dilemmas in the special-care nursery. *New England Journal of Medicine* 1973; 289: 890

HASLAM RHA: Rights of the handicapped or defective infant. *Canadian Pediatric Society News Bulletin Supplement* 1979; Vol. X

PARKE-DAVIS: *Great Moments in Medicine.* Detroit: Northwood Institute Press, 1966

THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA: *50th Anniversary Publication.* St. Anne de Bellevue: Harpell's Press, 1979

THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA: *51st Anniversary Publication.* St. Anne de Bellevue: Harpell's Press, 1980

SAUNDERS MB: *Ambulatory Pediatrics.* Toronto: Green and Haggerty, 1980

SOUTHAM COMMUNICATIONS LTD: *Canadian Medical Directory.* Don Mills: Southam Communications Ltd, 1981

Chapter 4 N U R S I N G*

Doreen Paddon

1. GENERAL CHARACTERISTICS

(a) Introduction

What is a nurse? What do nurses do? Is nursing a profession, an apprenticeship, an art, a full-fledged science, or is it just a job? What tasks are done by nurses that are distinguishable from tasks done by others in the health field? How do they interdigitate with a multiplicity of other health workers in a community?

In sheer numbers, nurses compose the largest group of workers involved in health care. There are over 200,000 registered nurses in Canada; and the demand for nursing service continues to grow at a greater rate than the supply. Like other health professionals, nurses render a requisite service to the human species, with so many around and still more required.

Nurses are part of all health care systems wherever they exist in the world. Nursing care involves giving assistance to those responding to potential or actual interference with a healthy state of being. Nurses carry out activities which promote health; physical comfort and safety in illness; recovery of health and independence following illness; or a peaceful death. In remote areas one nurse may constitute the entire system. Throughout the world there are nurse administrators, researchers, educators, hospital team members, practitioners, specialists, and generalists.

(b) History

Humans have ministered to other humans incapable of meeting their own needs, since early days. They are motivated by love, compassion, a sense of duty, or out of necessity. The first 'nurses', then, were mothers and family members who gave care to those who needed help to sustain themselves. This giving of care was nursing in a broad sense. In the beginning it was done within a family's dwelling place. Then, in remote times sick persons were laid out in the streets in order that passers-by might offer remedial advice.

The earliest recording of care giving is traced through clay tablet drawings of the Mesopotamians about 4000 B.C. and later the papyrus scrolls of the Egyptians. Disease was thought to be inflicted to punish sin, and purification was sought outside the home from the priest in the temple. Temples became the medical care centres and the priest-physicain emerged. Babylonian tablets show scenes of women helping the high priest-physician tend the patient-sinner in temple sick rooms.

---

* Reviewer of this chapter: Phyllis Craig, RN, MHSA, Provincial Director, Community Health Nursing, Edmonton.

The ancient Greeks founded the innovative practice of group care outside the home. When a valuable slave fell ill far from his homeland, it was found prudent to put sick slaves together in one place and have other slaves keep them alive, if possible. This was cheaper than buying replacement slaves. Other 'places for the sick' were founded by wealthy Roman matrons. One, Phoebe, a friend of St. Paul's was goaded by the need for greater dedication to the sick than slaves were wont to give and began an order of caregivers called deaconesses. By 650 A.D. the early 'hospital' had become an hospice, a combination almshouse, orphanage, and hospital. It was in such an hospice that the first group to call themselves a nursing order began: the Augustinian nuns of the Hotel-Dieu of Paris. There followed a gradual deterioration in care of the sick due in part to the narrow, monastic, and subjugated life of sisters. For the Augustinians there was no teaching, only routine handed down; no new knowledge, only ritual and increasing resistance to change; no respite or rest, only hard, gruelling daily toil in return for bed and board.

In the 17th century St. Vincent de Paul created the Ladies of Charity, a secular group whose work was with the urban poor in France. The famed Sisters of Charity evolved from the volunteer 'Ladies' when St. Vincent offered them the first education and training for work as nurses in the hospices he had founded. It was not until 1838 however, that the first organized hospital-based nursing training school began in Kaiserwerth, Germany.

It was to this establishment Florence Nightingale came in 1851 to learn the skills which would enable a caregiver to bring relief to the ailing or aged. Nightingale had decided nursing required skill training based on knowledge. Tenderness, sympathy, patience, goodness and womanliness were not sufficient. She wrote at the time "It has been said and written scores of times that every woman makes a good nurse. I believe on the contrary, that the very elements of nursing are all but unknown." (Nutting, 1907). Nightingale set out to find ways to provide the expertise she thought nurses needed, and to find students capable of learning who had the idealism of the original deaconesses and nursing orders. But 'ladies' with background or education were not attracted to nursing. When, in 1855, Nightingale was commissioned to take a contigent of nurses to the Crimean Peninsula, she had great difficulty recruiting 38 sufficiently trained, suitable women. Yet, it was the return to England of these Crimean war heroines that proved an important turning point for the progress of nursing. The public's image of nurses improved and the popularity of nursing as a calling for women of social standing increased.

Training of nurses on-the-job flourished to the middle of this century. Nursing students worked twelve hour shifts, five and one half days each week, fifty weeks each year for three years before sitting examinations. The nurses-in-training did most of each teaching hospital's nursing care as well as menial tasks while paying for their books, uniforms, and any breakages they incurred. In return, students received as renumeration, an average of eight dollars each month. Two popular suggestions offered for slow development of nursing as a separate profession are: the money-saving use of an apprenticeship training system; and nursings' subordinate position, first to the church and latterly to the physician. Maybe if teaching of nurses had continued as first envisioned by Florence Nightingale - in a school independent of medical hierarchy and devoted to good educational principles (not only to service), graduates might have achieved professional status sooner. Or had strong unified nursing leadership and cooperation between nursing peer groups been a reality, professionalization would not have faltered nor would nursing have continued as an occupation directed by others for so long. With the advent of health insurance in Canada to-day, the basic flaw in financing of nurses' training changed and the educational systems' universities or colleges have become the preferred training location.

(c) Definition

"Nursing is assessing and enhancing general health status, health assets and health potentials of human beings." (Schlotfeldt, 1981).

(d) Qualifications

Today graduate nurses are highly skilled members of health care teams whose profession requires that they possess a specific body of knowledge, meet standards of nursing practice and adhere to a code of ethics.

Nursing credentials are granted to those students who have completed a prescribed course of study in a hospital educational program, a community college, or a university nursing school, and have been examined for nursing knowledge. In Canada, the examinations are set nationally by the Canadian Nurses Association Testing Service. The available degrees or diplomas include: a college or hospital basic diploma; a university post-basic diploma; a baccalaureate or bachelors degree; a masters degree; and a doctoral degree.

(e) Basic Education

Graduation is the culmination of two to five years of study of general nursing theory and practice. The goal is to increase the likelihood that nurses will understand themselves, the world they will work in, other people of that world, and their facility with health and the care of health. Nursing decisions are based on deductions from that understanding.

(f) Graduates in Canada

In 1980 there were 203,645 registered nurses, 155,178 of whom were employed in nursing. Of these, 132,272 had college or hospital diploma status; 41,735 had a post-basic diploma; 18,086 a baccalaureate degree and 1,246 a masters or higher degree. Of those employed, 3,272 were male; 151,830 were female. (Statistics Canada, 1981).

Each year, fewer nurses graduate from hospital nursing educational programs. Colleges and hospitals do not offer post-basic diplomas. There are only ten Canadian universities providing nursing education at a masters level; none offers doctoral preparation at this time.

In addition to nursing programs, there are provincially approved training programs for nursing assistants (i.e., practical nurses) offered in a variety of settings.

(g) Nursing Registration

Following successful completion of suitable education and the Canadian Nurses Association Testing Service Examination, a nurse must apply for license to practise, by registering with the legislated association or approved licensing agency in one province or territory. Registration must be renewed annually and a fee paid. Each registry is responsible for disciplining recalcitrant or malpractising members. There is reciprocity of registration between all provinces and territories.

There are two important standard-setting bodies influencing nursing in Canada: the Canadian Nurses Association (CNA) to which the over 200,000 Canadian registered nurses belong; and the International Council of Nursing (ICN), made up of a world-wide nursing membership.

(h) Employment

Once registered, nurses seek employment in clinical and administrative areas including: hospitals, educational institutions, nursing homes, community health agencies, home care or visiting nurse agencies, physicians' offices, clinics, and private industries. Graduates may also be self-employed as nurse consultants or nurse-practitioners. In 1980, 114,230 nurses (over 73%) were employed in hospitals; 8.5% were in community health agencies. Of all nurses, 62% worked full time; and 34% part-time* (Statistics Canada, 1981a).

Various nursing opportunities exist outside Canada with organizations such as World Health Organization (WHO), United Nations, and other agencies servicing third world countries.

II. BODY OF KNOWLEDGE UNIQUE TO NURSING

(a) General Knowledge

A profession owes its legitimacy to having a discrete body of unique knowledge. Until recently, written nursing knowledge was meagre; the profession borrowed from other professions. Major subjects included anatomy, physiology, chemistry, bacteriology, pharmacology, and other sciences. While nurses continue to require knowledge of the principles underlying these basic sciences, the profession's current core subject matter pertains to applying these principles to nursing, nursing theory, and normal and abnormal human functioning. The science of nursing deals with persons of all ages on a continuum of health; in their education students learn to identify clients' optimal functioning in illness, and in health and how to restore or attain that state.

Basic nursing education prepares graduates for general duty and most nursing and health care is provided by the generalist. However, with systematic inquiry, nursing knowledge bases are expanding daily, offering specialist training and a steady growth of masters and doctoral programs.

(b) Specialist Knowledge

Following university, today's nurse may specialize in specific illness phenomena or developmental stages. A post-graduate title of 'clinical nurse specialist' or 'nurse practitioner' is generally bestowed on nurses completing such training. Common clinical specialties studied in post-graduate university or hospital programs include: medical, surgical, geriatric, psychiatric, intensive care and paediatric nursing. As well as specialties devoted to illness and restoration, nurses also promote health. Nursing specialists in community health, school health, mental health, maternal (or family) health, and child health address client education, health assessment, and

---

* 4% did not reply to the survey

high risk identification, in order to promote early intervention. Nurse specialists maximize clients' knowledge about health, in order to promote and maintain optimal functioning for the individual and family.

Specialization increases with expanded nursing knowledge; improves nursing strategies; and encourages essential nursing research.

(c) Research

Lacking resources for scientific explorations during hospital-based training, nurses only recently began systematic research. To-day basic nursing knowledge continues to be tested, developed and clarified by nurse-researchers. Reviewing nursing history and philosophy has helped structure nursing as a profession and shown the limits and the horizons of nursing practice.

Data collected, analyzed and developed, has formed the bases of knowledge for applied nursing and nursing specialization. Presently, through research, nurses are influencing the health care of consumers. For example there are studies showing how mothers can convalesce at home rather than in hospital, following delivery. Further research in health teaching by nurses resulted in lifestyle changes and subsequent avoidance of costly hospitalization. In addition, nurses are conducting research to test concepts and theories proposed by other basic sciences.

Nurses should be encouraged to make time for research. To do other than investigate and document the effects of nursing interventions on the well-being of clients is to deny the progress of the profession toward improved levels of skilled nursing care and increased professionalization.

III. CLINICAL SKILLS UNIQUE TO NURSING

(a) General Skills

Nurses spend more hours with a patient than other health team members and can identify what is healthy and recognize deviation from health. They possess skills in observation and interpretation of their observations. Nursing skills include implementing strategies to achieve client-agreed-goals; seeking and presenting alternatives; evaluating goal achievement and communicating in an intimate relationship during 24 hour care.

Advocacy on behalf of persons to whom they are giving care and helping clients learn to help themselves and to use resources effectively are additional skills.

(b) Clinical Procedures

Each agency or hospital employing nurses should have a detailed, current nursing procedure manual. To list all clinical procedures carried out by nurses is not possible here, but two representative procedures, one hospital-based and one community-based, have been selected and are presented in a generalized form.

(i) In hospital the nurse does for the patient what the patient cannot accomplish himself. During illness the simple procedure of cleansing one's own mouth may not be possible.

Anticipating the need for oral care, choice of method, when and how often to cleanse the mouth, explanation to and positioning of the patient, and the gentle art of carrying out the procedure, are all a part of nursing repertoire.

(ii) In the community, a public health nurse, screening for visual defects in a school population, chooses the accepted testing method, administers the test, reads and records the results, notifies and explains results to parents, refers appropriately, and follows up to see that the child receives an assessment within a reasonable time frame.

(c) Specialization

Many nurses apply themselves to specialized areas of care, including: emergency care; operating theatres; pediatrics; and intensive care units.

A specialized nurse choosing pediatrics, for instance, will continue to expand knowledge gained in basic education, by further study of child care. This may be limited to care of children with diseases; and include normal growth and development of children.

Community health nursing constitutes the care of the health of a community. It encompasses nurses working in public health, community mental health and visiting nurse agencies, home care, offices, nursing homes, schools, and occupational or industrial health agencies. This type of nursing is preventive in focus. Other specialized clinic nurses care for individuals at various life cycle phases from prenatal to geriatric settings. Some nurses working in specialized areas have completed postgraduate courses, becoming for example, paediatric nurse practitioners, or northern nurse practitioners in northern Canada.

IV. RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

(a) Responsibilities

Provision of service to others carries onerous responsibilities. Accountability to Registered Nurses Associations for nursing actions and commitment to give patients the best care possible requires continuous perfecting of skills, updating of knowledge, and adherance to ethical behaviour. Nurses have a responsibility to anticipate an individual's or a community's nursing needs and to be prepared to meet them.

Nurses make decisions based on nursing knowledge, experience, and skill ability, independent of other disciplines. Although nursing is a different, definite practice, it acts in closest collaboration with the medical profession; nurses do act on decisions made by others, chiefly physicians. However, each nurse has a responsibility to seek advice if the action required is detrimental to the client, in light of current nursing knowledge.

(b) Right of Autonomy

The right to make nursing decisions independently as a competent assertive practitioner who will be held accountable is not universally accepted, even by all nurses. Some, such as pediatric or northern nurse practitioners, are viewed by society as able to practise nursing without medical

supervision; but there is not yet wide public exposure to this type of nursing service. In order to earn the right to make nursing decisions for others, nurses need to work for a positive, independent discipline based on research findings and increased professionalization.

(c) Referrals

As members of the health care team, nurses work with other health professionals and technicians. In assessing client care required, a nurse may refer to other resource persons. Examples follow. A language-speech pathologist has the knowledge and skills to change faulty speech patterns of a preschooler; the nurse does not. The hospital nurse, hearing a man recuperating from heart surgery arguing angrily with his visiting spouse, knows that a social worker should be asked for a home assessment prior to the man's discharge. A public health nurse, finding a child with a suspicious swelling on his head and symptoms of malaise, refers the child to a physician for diagnosis.

At times nursing referrals can be difficult. Many agencies and hospitals have policies which prevent hospital nursing staff from making referrals to community nurses or other health care workers, on the premise that all referrals must be channeled through the patient's physician. Since no single health discipline has the array of unique knowledge and skills of the total health field, it would seem better to use a health care team approach. In the hospital or community, case conferences involving all health care workers concerned with a client, are an ideal way of sharing professional opinions. Input from all members is then incorporated into a plan of action aimed at restoring the client to optimal health. Each team member plays a large part in the client's successful recovery of health.

Suggestions regarding a needed service for a client (albeit initiated by a team member) are generally routed through the client's physician as the professional responsible for treatment of the medical condition. Commonly, the physician will agree to the suggestions made and direct the referral. Occasionally a course of action for the client may be suggested with which the physician is not in agreement. If a nurse in this position continues to believe the suggested course of action is in the interests of the client, recourse is to the hospital or agency administration or, possibly, the nursing association. A hypothetical example of such a situation might occur in the emergency room if the admitting nurse observes suspicious bruising on an infant's back and suggests to the child's physician that the possibility of child abuse be considered. The physician may disagree and refuse to confer with the hospital's child abuse trauma team. Most administrations support a policy which insists the nurse report the suspicions to authorities who will investigate the physician's stance and proceed accordingly, for the benefit of the infant.

V. SUBJECTIVE EXPERIENCE AND EXPECTATIONS OF THE NURSING PROFESSION

(a) Conflict

Today, physicians' and nurses' impressions of each other seem confused. Some physicians have no difficulty accepting the nurse as a partner on the health care team; others do. Nor are all nurses willing to be accountable for their own actions. Many still prefer to have the physician make all decisions, including nursing decisions. As nurses gain more nursing knowledge they are becoming increasingly capable; and as health care grows more complex, they, like physicians, are taking on expanded roles with improved techniques, tools, and skills.

identification of, and collaboration regarding points of conflict are mandatory. Every profession owns a distinct body of knowledge and a skills area. Nursing is not 'junior' medicine; the boundaries of the areas of expertise for the professions need to be delineated (perhaps expanded), for maximal functioning of the Canadian health care system.

(b) Issues

Can health care be delivered in a more efficient manner? Rising costs affect all health team members and require concerted effort to make essential health care accessible, acceptable and affordable. For this to be possible, professional cooperation is essential. Nurses and other team members must continue to provide data on alternative methods of delivery of services - such as home care and preventive outreach centres. There is room for improvement in a system where, for example, a quadriplegic with a good supportive home environment, cannot live in that home because he requires the services of an orderly once each day for a half hour.

Advocacy is another issue. Lobbying for the vulnerable, preventing them being sacrificed to more powerful voices demanding excessive services, is a professional duty. Children, (particularly infants) do not speak out for themselves; nor do the sick or the elderly. Nurses must continue to advocate for better treatment services, relief from neglect or cruelty, shorter waiting periods, and greater accessibility of services.

The brief of the Canadian Nurses Association to the Hall Review, stated a nursing viewpoint that made sense to the special commissioner. Nurses said there is a large role to be played by them in prevention of illness. Further, nurses recommended that they have direct access to clients wishing their services. For example, paediatric nurse practitioners recommend that they have the right to begin a preventive program, including assessing the health of infants. If they were to use accepted instruments and techniques, referring to appropriate resources any requiring further assessment beyond nursing skills, would they be permitted to put out a shingle? Or, having put it out, would clients attend? Would physicians refer to a nurse practitioner? Can the nurse be reimbursed by health care plans? Experience has shown that it is difficult, if not impossible, for a nurse in North America to practise privately, unaffiliated with medicine. Even in isolated areas where the nursing profession is carrying out much of the health care of a given community, medical supervision is required for overall sanction. It is time for nurses to say that they, as health professionals, can help clients make health care decisions based on nursing knowledge and skills, in the same way dentists and physicians can and do.

The issue of the acute shortage of nurses in Canada must be addressed and quickly! Statistics show over 48,000 registered nurses do not work at nursing. Long hours, unpleasant care tasks, poor remuneration (salaries less than waitresses), and the shift work of nursing are not seen with the same eyes as those of the deaconesses of history. There are new attractive opportunities in the marketplace competing for the services of young women, today.

Collective bargaining is another thorny issue. Whether nurses should bargain for improved conditions used to be a big question. Now the question is: who should bargain for nurses - unions or professional nursing associations? Those who enter nursing with the chief aim of helping others, are shown to prefer a professional group affiliation; nurses who see nursing primarily as an economic field of endeavour, prefer unionization. (Denton, 1976).

Keeping abreast of technology is a continuous challenge. A few years ago nurses watched as physicians peered through otoscopes, checking ears of patients. Today, nurses are responsible for

the 24-hour care of patients using complex pieces of life-saving machinery. To enable nurses to meet this challenge, alternative teaching methods are being developed by nurses responsible for nursing education. Included in nursing education are concepts such as decision-making, information and resource retrieval, planning, and delegating. While this type of preparation does not allow nurses to be instantly successful practitioners on completion of their schooling, it does teach coping skills. Preparation remains an issue for many who would still prefer to see nurses learn by doing each procedure over and over until mastered, before moving on to a new task.

(c) Personal Views

For those wishing to widen horizons, nursing produces challenges, minute by minute. Knowing how to calibrate a piece of life support tubing is vital; so too is knowledge of the immense field of interpersonal communication. How do you ensure personal privacy and protection from embarrassment for an elderly single woman who has not had an occasion nor the desire to have any person aid her with a bath since she was five years old? Flexibility to meet each new challenge is essential for those aspiring to a successful nursing career.

One obvious challenge is administrative nursing in large health care centres (such as hospitals and public health agencies) which provide excitement, drama, and power. Nurses in positions of authority require dedication, emotional strength, and physical stamina, as well as leadership abilities. The great women in the history of nursing were made of stern stuff. Often, they stood alone. Today's leaders of nursing are required more than ever to be strong and to speak with unity, in order to maintain the crucial nursing voice in planning health care of the public.

(d) Conclusion

Nursing is a rich and gratifying personal and professional experience. As well it is a profession allowing for career versatility, personal growth and satisfaction. Nursing involves "small" rewards. As you prepare him for sleep, identifying a temperamental 24 year old man's seeming anger as fright connected with his terminal illness, you talk about death, crying together, and the man rests quietly without once demanding the attention he had on previous nights. "Large" satisfactions must include being an advocate for improved child abuse management; or planning a geriatric program to improve quality of life for seniors in a community, and seeing the program grow and flourish.

There are unlimited horizons in nursing for growth, for expansion of roles, for sharing knowledge through research, for climbing a ladder of accomplishment. Most of all, as with other health professions, there is the opportunity to give direct, continuous, client-centred care. There is also the mandate to promote health and to acknowledge the client/patient as a whole person with needs and concerns that can be alleviated by a nurse.

REFERENCES

DENTON JA: Attitudes toward alternative models of unions and professional associations. *Nursing Research*, 1976, 25:3, 178-180

DOLAN JA: *History of Nursing* 12th Edition. Toronto: W.B. Saunders, 1968

FREEMAN R: The nurse specialist: cure or copout? *Journal of Nursing Administration*, January-February, 1972; 9

MARTIN HP: *The Abused Child.* Cambridge, Mass: Ballinger Publishing, 38

NEWMAN M: Nursing theoretical evolution. *Proceedings of Conference on Social Evolution.* New York: N.Y. Univ., 1972

NUTTING AM: *A History of Nursing.* New York: Putnams, 1907

SCHLOTFELDT R: This I believe...nursing is health care. *Nursing Outlook*, 1972; 20:4, 245-6

STANLEY AT: Curriculum considerations. Ethics in Nursing Practice and Education. *American Nursing Association: Committee on Ethics*, 1980

WILLIAMSON JA: A model of nursing practice. *Nursing Outlook.* February 1981, 105

ALBERTA ASSOCIATION OF REGISTERED NURSES: *AARN Newsletter*, April 1981

AMERICAN NURSES ASSOCIATION: Nursing: A social policy statement. (as quoted in American Journal of Nursing) Kansas City, February 1981, 263

CANADIAN NURSES ASSOCIATION: *Brief to the Commission of Inquiry on Educational Leave and Productivity.* Ottawa: Canadian Nurses Association, 1979

STATISTICS CANADA: Revised Registered Nurses Data Series. Ottawa: Statistics Canada, 1981

Chapter 5 OCCUPATIONAL THERAPY*

Sharon Brintnell and Karen Goldenberg

1. HISTORICAL DEVELOPMENTS AND WORK ENVIRONMENTS

(a) History

Occupational therapy began in Canada from the need to provide bedside occupation and vocational training for soldiers who were returning from World War I. The University of Toronto provided a "short course" for "ward aides" the name by which the first occupational therapists in Canada were known. Upon completion of their program, many of these first graduates entered Ontario military hospitals, or hospitals under the auspices of the Department of Soldiers' Civil Re-Establishment (DSCR) to work with invalid soldiers. Other aides returned to their home provinces to work.

Following World War I and the decreased number of military patients, some ward aides entered the general hospital field. In 1919, an occupational therapy department was established at the Toronto General Hospital, the first of its kind in a Canadian civilian hospital. In 1921 the Canadian Society of Occupational Therapy of Manitoba and the Ontario Society of Occupational Therapy were formed. Occupational therapy continued with the establishment of curative workshops in many of the provinces and soon the need for a more formalized training program was identified.

Holistic concepts have always been fundamental to the beginnings of occupational therapy. Early literature identified the mind, body and spirit as the interacting elements in the therapeutic activities provided to the soldiers (Trent, 1919; Haultain, 1945). This basic philosophy was graphically depicted in a triangular badge designed for the ward aides. Its significance is related in that the triangular form is "representative of mind, body and spirit. The clenched fist - holding a hammer and resting on a bar - signifies the nobility of Work. Behind is the rising sun - the whole, being emblematic of the nobility of work lighting up mind, body and spirit - which, broadly speaking, is the Vocational idea, not only of the Ward Aides but of all our Work" (Trent, 1919, p. 3).

This statement documents that occupational therapy in Canada began with a holistic approach, commonly associated with current practice. Occupation was a "means to an end, a link to future industrial re-education" (Varsity, 1918; Mental Hygiene Bulletin, 1921). Obviously, the use of activity in 19th century mental health settings was influential in the development of occupational therapy; but in Canada, the profession's origin went beyond mental diversion as a means of behaviour control, to view work as a means to health.

---

* Reviewers of this chapter: Professor Thelma Cardwell, OT (C), Acting Director, Division of Occupational Therapy, University of Toronto; Isobel Robinson, L.L. D(Hon), OT (C), Professor Emeritus, University of Toronto; Seanne Wilkins, OT (C), Director, Rehabilitation Services, Humber Memorial Hospital, Toronto.

(b) Educational Programs

In 1926 the Senate of the University of Toronto gave permission to begin a two-year diploma course in occupational therapy in the Department of Extension. This program continued to 1946 when it was expanded to a three-year diploma program. In 1950, due to pressure from the medical profession, the program in occupational therapy and in physical therapy at the University of Toronto combined to graduate therapists with a diploma in physical and occupational therapy. It was then that the program was moved into the Faculty of Medicine.

There are now ten universities across the country offering baccalaurate programs credited by CAOT. Accreditation is a vigorous process which requires detailed documentation of the curriculum and an on site visit. Courses must include the bio-medical, behavioural and social sciences as well as the use of developmentally appropriate tasks and activities in assessment and intervention approaches. Throughout the program emphasis is placed on the role of the therapist as an active agent of change.

Professional coursework reflects the two major areas of occupational therapy service: physical function and mental health. Within these areas, the life span orientation of occupational therapy is pursued. Students are prepared to be competent generalists on graduation, competent with all age groups in a variety of service settings.

In addition, a minimum of 1200 hours of fieldwork in CAOT approved or accredited facilities must be completed. These facilities may be traditional hospital settings, extended care settings, community facilities, or special programs offered within an educational model. A balance between hours completed in physical medicine and in mental health must be maintained. Placements are offered across the country; students have the choice of remaining in their own geographic area or applying for a placement in another province.

The baccalaureate degree now allows therapists to follow a natural course of academic development, something which was very difficult for diploma trained therapists to do. Though a masters degree in occupational therapy per se is not yet available in Canada (one proposal is currently under review), many therapists are enrolled in masters programs and a few in doctoral programs in related fields. This is certinly a positive development, but has the risk of these therapists not returning to the field, with their newly acquired degree.

(c) Work Environments

Occupational therapists seek employment in a variety of settings. Certainly the majority of occupational therapists are still employed in traditional health oriented facilities, such as acute care hospitals, rehabilitation centres, extended care facilities, and auxiliary hospitals.

In addition, therapists seek employment in large teaching hospitals which provide a variety of case experiences. Occupational therapy remediation programming for all ages in neurology, orthopedics, rheumatology, and acute rehabilitation lays the foundation for future specialization. Opportunities to work as a member of a health care team enhance interprofessional communication skills, maximizing support from senior personnel in their own field as well as resources of other health professionals.

Further, rehabilitation centres, and hospital or community based facilities provide intensive programs for remediation, environmental adaption, and self-maintenance needs of clients. Extended

care facilities and auxiliary hospitals offer some remedial programs, but concentrate on self-maintenance - that is, require the client to intermittently use present level skills to prevent further loss and deterioration in personal care activities.

Developmental programs are found in school settings and more frequently in facilities in the community. Therapists in the community often work with non-profit agencies as salaried staff, or on a contractual arrangement in a private practice model. Funding for the latter is through grants or designated government programs, available for special needs groups. These programs involve assessing activities of daily living, providing life skills and community survival training, prevocational assessments, and formal vocational evaluations. This is discussed further under Specialization, Section 3C.

In the school system consultive services are provided to teachers and remedial programs to children with sensory-motor deficits. In industrial settings, occupational therapists offer prevention programs to reduce occupational health risks as well as consult on environmental adaptions to accommodate the disabled employee.

II. BODY OF KNOWLEDGE UNIQUE TO THE PROFESSION

(a) Core Subject Matter

All accredited occupational therapy curricula provide courses in the medical sciences, behavioural and social sciences, as well as applied professional course content. Courses outside the professional area are usually taken on campus with other university students and taught by specialists. Theories and concepts from this coursework are then integrated into occupational therapy courses. Purposeful activity and the knowledge of activity analysis are fundamental to interventions used to promote occupational performance. Emphasis is placed on the occupational therapy process to reinforce the basic principles of initial assessment, planning, implementation and termination of interventions (Cynkin, 1979).

(b) Specialized Subject Matter

The use of activities of interest to clients and those which enhance their abilities to perform developmental tasks appropriate to their health status and resources, form the core of occupational therapy's specialized subject matter. It is the concern for occupational performance and the synthesis of knowledge from the biological behavioural and social sciences which provide a unique orientation to the health field.

Studies include the impact of the disease process, stress on physical and mental health, and adaptive mechanisms in functioning. The links between body, mind and spirit, are explored to assist therapists in choosing, according to accepted theory, appropriate media and methodology to realise therapeutic goals.

(c) Research Developments

Historically, research in occupational therapy has been primarily a collaborative effort, usually between occupational therapists and other members of the health care team. This is now changing

with more occupational therapists assuming the role of primary investigator. Some of these studies are published in the Canadian Journal of Occupational Therapy (CJOT).

In the broader perspective of occupational therapy research, the major core of empirical work done, has arisen from the profession's ranks in the United States. Much attention has been paid to the neurotherapies which include the sensory-motor approaches. Certainly the work of A. Jean Ayres, which focuses on sensory-integrative dysfunction, has received the most attention. As a result of her research, a standardized test battery, The Southern California Sensory Integration Tests (SCSIT), was developed. Other individuals have now expanded Ayres' early work beyond the learning disabled child (the focus of her original thesis) to include other populations: adults and children (Yerxa, 1978).

In reviewing the research literature, the influence of other professional disciplines is obvious. Psychology, sociology and the medical sciences, have all been used to enhance occupational therapy approaches and to develop models and conceptual frameworks unique to the profession. The early work of Reilly and Mosey was probably cited the most often in the latter area (Reilly 1962, 1969; Mosey, 1974, 1980). Certainly, research in occupational therapy has benefited from the work in the behavioural and medical sciences; but compared to the research of other disciplines, it is still in its infancy.

With graduate school now more accessible to Canadian occupational therapists, it is expected that research undertakings will increase steadily. Hopefully, those therapists who must leave the field to gain graduate credentials will return, and use their new found research skills to continue to build occupational therapy's body of knowledge. Though the call for more rigorous research can be found in the early editions of CJOT, it is with the eighties that this should become a reality.

III. CLINICAL SKILLS

Occupational therapy in assessing and treating occupational performance uses a holistic orientation and purposeful engagement in a variety of activities. This requires the integration of all knowledge areas to increase the functional capacity of the client. Those ordinary activities of everyday living, so routinely done (dressing, making a bed, taking a shower, typing, taking a bus) become the focus in learning how to perform functional assessments. Task demands are analysed for both physical and symbolic implications. Fundamental to the therapeutic relationship is the understanding of the use of self. This is the conscious use of the therapist as an agent of change, a potent factor in the occupational therapy process.

The therapist's ultimate objective is to establish an appropriate balance between client's time at activities of self care, work and leisure. Although clinical observations, problem solving and activity analysis skills are essential elements of the therapist's effectiveness, event these cannot be viewed separately from the context in which skills are applied - from clients who receive them, or from specific problems to which occupational therapists address their approach. (Cynkin, 1979; Mosey, 1980). It is, therefore, the occupational therapy approach that is unique, rather than the specific skills.

(a) Evaluation Procedures

Three major areas are evaluated in regards to occupational performance: self-care activities, productivity or work, and recreation/leisure. These are assessed in consideration of the client's age, health status, social role and environmental demands.

Initially clients are screened to determine if they would benefit from occupational therapy services. Following this assessment, with residual ability and dysfunction determined, clients are either assessed in more detail, or referred to another discipline.

Once accepted, clients undergo a detailed assessment of performance components: motor, sensory integration, cognition, psychological, and social interaction skills. Fundamental to evaluation is the therapist's understanding of the interaction of performance components, and their overall impact on functional ability. Although some evaluation techniques may parallel those of other professions, it is the use of tasks required of the client for normal living along with implications of component deficits on performance, that is the domain of the occupational therapist. The findings of the physical therapist are also noted in preparing evaluations.

Briefly, areas in motor and sensory evaluation include testing muscle strength and tone, pain, range of motion; determining coordination and dexterity; testing sensitivity; noting dominance and physical tolerance and endurance during activities. Neural motor development, temporal-spatial orientation, stereognosis, and sensory-integrative function are part of the assessment.

Mental functions such as intellect, judgement, orientation, and memory would be evaluated, noting attention, concentration, organization of and ability to follow a task. The clients' ability to deal with change, their self-concept and perception of others, and their mode of relating to the human and non-human environment would also be evaluated. This would include the client's use of defense mechanisms, level of activity, and ability to control impulses during performance. Observations of ward staff such as nurses and those in social services are considered in developing a functional profile of the client.

Social skills and relationships are also noted during the occupational therapy evaluation. Appraisals are made of the client's communication skills, use of language, and verbal and written comprehension, in a variety of situations and settings.

All these areas are reviewed, and a synopsis of the client's day-to-day functioning within the clinical environment and probable home environment, is prepared for team conferences. This synopsis is organized to give an opinion on the client's occupational performance (self-care, work and leisure activities); and the appropriateness of the time allocated to each area, for the client's lifestyle. Though specific skills themselves may not be deficient, some individuals (e.g. workaholics) have difficulty in restricting the amount of time spent in any one area.

(b) Clinical Procedures

Once treatment goals have been established, appropriate media and/or activities are selected and treatment procedures implemented. The objective of intervention strategies is to structure the learning environment with specifically selected activities to enhance occupational performance and clients' adaptive responses to the demands of living. Here clients and the occupational therapists share experiences; and through direct observation and interaction, alterations in

clients' task performance and coping mechanisms can be made. Throughout the procedures, clients receive feedback on their performance.

A variety of conceptual frames of reference are used in program planning. Programs can be designed to meet behavioural objectives, using contingency management approaches; or can be conducted within a psychodynamic orientation. Neurotherapeutic approaches may be used to facilitate functional recovery; selected activities which provide specific sensory input can assist the organizing of sensory data. Functional patterns are then stressed which will facilitate suitable adaptive responses to be organized and emitted, given the appropriate stimuli.

Other treatment procedures involve practising specific skills required in the domestic environment (e.g. meal preparation); in personal needs (e.g. feeding and dressing onself); or organizing a task and completing it. Performing these skills may be prerequisite to returning home or to some form of competitive work or employment. In some cases skills were never learned, in others, they were lost due to illness or trauma.

In many instances, therapeutic programs may best be conducted within the clients' homes or work environments. This allows therapists the opportunity for exposure to the same interacting variables affecting the client's task performance. Various solutions to difficulties encountered can be tried, with the most appropriate course of action selected.

Occupational therapy provides the essential link between the usual treatment environment of a hospital or clinic and the unstructured demands of the client's natural environment. Occupational therapy allows for and encourages the practising of newly adopted behaviours, in a supportive climate. Ideally, all in-patient treatment should have after-care components: those supplied either by the institutions themselves, or by a community agency. This would facilitate the individual's community re-integration. Throughout the entire occupational therapy process, the focus on purposeful occupation and use of activity, continues.

(c) Specialization

Therapists often select one of the major developmental periods (child, adolescent, young adult, middle years, or mature years) as their client focus, thus providing a natural framework to view specialization. Superimposed on this continuum is the preference for a psychosocial dysfunction or a physical disability caseload. Therapists use their knowledge of specific developmental tasks associated with various age groups, as the focus for assessment and program planning. Occupational therapy strives to use the everyday activities required in one's particular life, as a means to adapt behaviour, to remediate dysfunction, and to increase independence.

IV. RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

(a) Autonomy

One of the fundamental issues in the profession's autonomy is, who will determine if the client will have occupational therapy service. In addressing this, consideration must be given to the variety of settings in which occupational therapists work. Service access may be determined by the programs offered, but it is the profession's belief that occupational therapists should ultimately assess the suitability of the referral.

The profession is still striving for self-regulation through legislative acts or licensing indicators of recognized legitimate social autonomy (Purtillo & Cassels 1981). Many provincial governments have been hesitant to increase the number of health care professions with self-regulation, or to grant licensing. To cope with their concern for the protection of the public, most provincial occupational therapy organizations operate within a structure which parallels "legitimacy", providing continuing education experiences, setting guidelines for education and practice, writing position papers on matters of professional concern, and providing a resource service to the community.

(b) Referral System

The most frequent access to occupational therapy is through patient status, that is, having been treated by a physician. Coverage for occupational therapy in the various provincial health care schemes, requires the service to be given as direct medical care, or as an out-patient service. Within most treatment facilities, a medical referral is required, although in some centres referrals may be received from other health care professions. The primary source of referrals however, is still the physician.

Though occupational therapists may work under medical direction, occupational therapy is not prescriptive. Some referrals may request specific services, such as a splint or an activity of daily living assessment. Following the initial assessment, the occupational therapist may consult with the referring physician and suggest another splint or a modified assessment. Some service programs have blanket referrals; all patients are screened and those appropriate for occupational therapy receive initial assessments. Individuals who would not benefit from the occupational therapy available, are referred to other services.

Within community settings, access to occupational therapy services is still usually via patient status. This is a very constricting policy, as it disregards a large portion of the population who is not "ill" but who could benefit from services. Children with developmental handicaps or delays, individuals requiring adaptions or orthotic assistance, should be able to see an occupational therapist without a medical referral. To need one, creates a major bottleneck in the service delivery system.

Some community agencies employ occupational therapists allowing their clients self-referral and access to direct service contacts. Other settings use an interdisciplinary model for assessing service needs. Here, as in a school system, the occupational therapist is a contributing member to the total team management approach. Specific occupational therapy would be provided for some clients while others may have the occuaptional therapist as a "case manager", someone who coordinates the clients's program and services.

Referral to private practitioners is usually determined by the type of reimbursement available. Where legislation requires it, it may be only via medical referral; otherwise only those clients who are covered by various extended care programs, private insurers, and special service contracts, are accepted.

V. SUBJECTIVE EXPERIENCE AND EXPECTATIONS OF THE PROFESSION

(a) Cooperative Services

Occupational therapists, as members of a treatment team, work closely with professionals such as physicians, nurses, physical therapists, psychologists, language-speech pathologists, teachers, and social workers. Depending on the particular emphasis of the treatment setting the members of the team may vary. Within established interdisciplinary models, interprofessional respect and appreciation contribute to the effectiveness of the occupational therapy approach. The amount of cooperation received is usually dependent on the level of knowledge and understanding that each team member has of the other's contribution to the client's well-being.

Within the medical model, the findings and recommendations of the occupational therapist are usually reported and discussed at a team conference. Referral to other services are then made by the attending physician or the designated team leader. In community settings, occupational therapists make inter-agency referrals or set up appointment for clients to be seen by the appropriate consulting professional (i.e. psychologist or physician). If special medical services are required, a referral by a physician is needed. If the occupational therapist is the only professional on staff, it is essential to develop a professional network which will facilitate access to appropriate services for the client. In all settings occupational therapists interact with other professional staff members sharing observations and information about the client to provide the most appropriate and effective program or assistance.

(b) Areas of Potential Conflict

The tools and techniques used by occupational therapists have often been developed by others. As a result, a superficial look will sometimes give the impression of duplication of service. In all cases, a closer examination will identify the unique aspects of the occupational therapy process: purposeful activity used to promote functional behaviour. An example of this situation is domestic skills training as part of an Activities of Daily Living program. Home-making has long been identified with the home economist; but within the hospital environment it has always been the occupational therapist who has integrated the knowledge of pathology, the understanding of the disease process on function, and the translating of these into adaptive activities to promote more effective domestic performance. The home economist is trained to deal with the normal developmental experiences. Another example is a program to increase range of motion. The physical therapist's emphasis is on attaining the maximum range possible. The occupational therapist's emphasis is to have sufficient range to perform a purposeful act such as combing one's hair.

With the expanding of community health services, the availability of occupational therapy has increased. As a result there is some overlap with activities that may have been provided by other professionals, such as nurses. The Victorian Order of Nurses for many years provided one of the few services available to homebound clients. As a result, they performed many roles which would ordinarily be the responsibility of other professions had they been present. For occupational therapy, an example would be home assessments and recommendations for adapted equipment to increase functional independence.

(c) Issues Within the Profession

There are three primary areas of concern within the profession: accessibility to occupational therapy service; availability of manpower; and uniform credentialling.

Accessibility

Within a hospital, access to occupational therapy is via patient status or some form of physician's referral. Occupational therapy is only covered in the community by provincial health insurance plans through extended health benefits and special contracts.

Outside a few specific areas of treatment, the client could best benefit from occupational therapy services in an after-care or post-discharge setting which would complement their previous inpatient program or in the client's normal environment. To meet these needs, in some provinces there are community-based private practice models of occupational therapy service delivery. Most of these groups provide services through contractual arrangements with a hospital, government department, or particular agency. Having met the criteria for the program, clients may be seen. Direct access to occupational therapy outside these areas is limited and requires the client to pay personnally for the service.

Manpower

Shortage of qualified occupational therapists is a constant concern for the profession as the vacancy rate in many provinces seems to be climbing. This is deceiving, as the number of therapists in most provinces has increased dramatically. What is occurring, is that the job market is continuing to expand. Therapists are moving out of the traditional medically-oriented facilities where government employment statistics are taken, into more health-oriented community based, non-traditional settings, in which the occupational therapist's presence is not always officially noted. This process identifies fewer therapists in hospitals and does not give credit to their presence in new work force positions.

Another contribution to the manpower problem is the lack of career mobility in Canada. With only one level of professional education, few individuals are able to assume administrative and research positions. As a result there is little pressure intraprofessionally to create positions outside direct clinical services. Those senior therapists seeking career advancements through graduate education, have had to leave the profession to do so. In many instances they did not return, taking with them their specialized knowledge and clinical expertise. With graduate school now a possibility, this situation should soon change.

Credentialling

The lack of a national certification scheme and licensing in many provinces has created difficulties and serious concerns about the protection of the public. Techniques often used by the occupational therapist such as that transferring clients from the wheelchair to the bathtub, when used by unqualified individuals, can result in possible injury to clients. In rural communities occupational therapy programs are often run by unqualified individuals.

Concluding Comments

As a maturing profession, occupational therapy is now faced with the responsibility that other health care professions have had to deal with earlier: streamlining service access to the

consumer; developing strategies to fulfill manpower demands; and developing policies which ensure maximum protection for the public which the profession serves. After June 1985 one criteria to establish membership in CAOT will be the successful writing of a national certification examination.

(d) Roles and Challenges

The focus of purposeful activity as a means of maximizing the individual's ability to increase independence, is a practical and effective approach useful in a wide variety of settings. Occupational therapy has the potential to provide cost-effective health programs utilizing the client's home and personal resources as its service base. The outcome of occupational therapy intervention is to reduce reliance on hospital-based services and to increase independence by providing realistic learning experiences.

Occupational therapists are problem solvers who have the flexibility and education to work in a variety of models within the health care system. Their professional background gives them the ability and experience to be effective case managers. A great reward is to see change in the client gaining skills - an outcome of integration of the profession's knowledge with the client's needs and personal goals.

The challenge is to educate professionals and the public about the value of using everyday activities as remediation and prevention of serious disability. There is also a need to document the effectiveness of this approach through research. The refinement and development of occupational therapy conceptual frameworks is imperative to the advancement of health and a meaningful existence. Purposeful engagement within one's life space influences mind, body and spirit.

VII. REFERENCE MATERIAL

Occupational therapy is a female dominated profession with approximately 2000 therapists across Canada, who are registered with the ten provincial occupational therapy organizations. The Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT), with its head office in Toronto, has approximately 1300 members. It is this Association that has provided the profession with direction over the years.

The CAOT, as a voluntary professional organization, is dependent on professional responsibility and commitment of its members to support activities such as the provision of guidelines for the education of occupational therapists and the practice of occupational therapy; and the accreditation of academic programs and fieldwork facilities. The Association has official links with various provincial groups through the offering of affiliate status: a special membership category in the CAOT open to other occupational therapy organizations. This provides a method of direct communication between the respective executive committees and allows for more representative policy decisions to be made.

Continuing education and refresher education programs are a shared responsibility of both the national and provincial groups. A national scheme is now being developed to share resources and to provide self-instruction modules for therapists in centres without university facilities, or in remote areas.

Brochures and literature have been developed at the national and provincial levels. The national office of the CAOT has reference material on the ten educational programs; the special services of occupational therapists; the code of ethics; and the Association's objectives. A list of the addresses of the provincial organizations and the national association's address can be found in the Canadian Hospital Directory, published by the Canadian Hospital Association.

REFERENCES

CYNKIN S: Occupational Therapy: *Toward Health Through Activities*. Boston: Little Brown, 1979

HAULTAIN HET: *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1945; 12:57-59

MOSEY AC: An alternative: The biophysical model. *American Journal of Occupational Therapy 1974; 28: 137-140*

Model for Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health* 1980; 1:11-31

Occupational Therapy. *Mental Hygiene Bulletin* 1921; 3: 18-19

PURTILLO RB, CASSEL CK: *Ethical Dimensions in Health Professions*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1981

REILLEY M: Occupational therapy can be one of the greatest ideas of 20th century medicine. *American Journal of Occupational Therapy* 1962; 16: 1-9

REILLEY M: The Educational Process. *American Journal of Occupational Therapy* 1969; 23: *299-307*

TRENT ME: Ward Aides. *The Vocational Bulletin 1919; June, 2-4*

VARSITY: *University of Toronto Student Press* 1918; November

YERXA EJ: The Occupational therapist as consultant and researcher. In HOPKINS H, SMITH HJ (eds): *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1978

Chapter 6 PHYSIOTHERAPY*

Barrie Pickles

INTRODUCTION

Physiotherapy is a health profession primarily directed toward prevention and alleviation of movement dysfunctions in people. The more common movement dysfunctions with which physiotherapy is concerned are those resulting from pain, congenital anomalies, disease processes, accidents and injuries, enforced inactivity, and problems secondary to aging.

The primary objectives of physiotherapy may be summarized as:

determination of a person's potentialities for effective body movement;
prevention of potential movement problems;
correction and alleviation of movement disorders which cause pain or otherwise reduce movement effectiveness;
maintenance of improved levels of movement; and
prevention of unnecessary deterioration of movement and function.

I. HISTORICAL DEVELOPMENTS AND WORK ENVIRONMENTS

(a) History

During the First World War, when shiploads of wounded returned home to Canada, no facilites existed to continue the treatment by physical methods which had been begun in Europe. In an attempt to deal with this problem six-month training programs for masseurs and masseuses, muscle function trainers, occupational therapists (and sergeants in the gymnasium) were temporarily established at Hart House in Toronto; approximately 250 persons were trained there by the time classes ceased in 1919.

In 1920 a Dominion Charter was granted to the Canadian Association of Masseuses and Remedial Gymnasts. In 1935 the name of the Association was changed to the Canadian Physiotherapy Association.

The first major school of physiotherapy was established as a two-year diploma program in 1929 at the University of Toronto. In 1946, occupational therapy was added to the curriculum and the duration of the program was extended to three years.

---

* Reviewer of this chapter: Helen Kiwala, MCPA, Director of Physiotherapy, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario.

A second school was opened at McGill University in 1943, and others have since been established at major universities across the country. Today, twelve educational programs in physiotherapy exist in Canada, each offering basic preparation for professional practice at the baccalaureate degree level. Presently three universities (McGill, the University of Alberta, and the University of Western Ontario) also provide graduate study opportunities in physiotherapy.

Until the Second World War, most of the work of physiotherapists in Canada involved help to patients suffering from injuries and orthopaedic problems. Gradually, the range of work expanded; pre- and post-operative care to surgical patients designed to reduce the incidence of complications following surgery, developed into treatment programs for those suffering from acute and chronic respiratory problems. The epidemics of poliomyelitis which occurred in the early 1950s generated a pressing need for rehabilitation programs to help reduce the disability resulting from paralysis. Recognition of the value of physiotherapy in the management of stroke patients and patients with other central nervous system disorders created further demands for physiotherapy services. During the past few years cardiac rehabilitation programs have received considerable attention, as have services to meet the needs of the elderly.

In medicine, and the health care field generally, substantial increases in knowledge and dramatic changes in the patterns of practice, have led to an increasing need for specialization within the professions; physiotherapy has been no exception to this general pattern. Special interest groups have been established within the Canadian Physiotherapy Association to encourage this development.

From the beginning, physiotherapists have always been involved in providing many of their services to clients on an out-patient basis. To-day, in an attempt to reduce the cost of providing an ever widening range of health care services to the public, governments are increasingly stressing the importance of providing care outside institutional settings. Physiotherapists have responded to this challenge, and are continuing to explore different approaches in the provision of their services.

It is evident that physiotherapy has been and is a dynamic health profession which continues to evolve in response to research and new knowledge, as well as to emerging individual and community health requirements. Who can guess where these developments may lead?

(b) Scope of Practice

The education of physiotherapists in Canada meets the standards of a basic syllabus developed by the Canadian Physiotherapy Association. Graduates from these programs are qualified to establish a physical diagnosis or evaluation, determine the movement potentialities of a person, plan and implement physiotherapy programs using selected knowledge and skills for preventing or treating movement dysfunctions, and participate in professional activities such as research, teaching, administration and consultation.

With this type of basic education, physiotherapists have developed a wide variety of roles in response to demands from the public and from many parts of the health care system. They plan, organize and implement programs of treatment, education and counselling for patients in hospitals, rehabilitation centres, extended care hospitals, nursing homes, developmental centres for the multi-handicapped, geriatric clinics, as well as in schools, industry, patient's homes and in private clinics.

Services are provided to improve the level and rate of functional recovery, to reduce the incidence of complications and shorten the length of stay in hospital. Once the acute stage of the illness or injury has passed, physiotherapists assist disabled patients to regain their maximum level of function. Physiotherapist work with other members of the health care team to help patients function effectively in their home surroundings with appropriate assistance from family members, thereby reducing the need for many disabled persons to remain in an institutional setting.

In addition to providing direct clinical care to individual patients, physiotherapists participate in mass screening programs designed to discover movement dysfunction problems of various types, so that appropriate treatment services can be arranged. Community physiotherapists also spend a great deal of time in providing educational services to improve the level of public awareness regarding prevention and alleviation of disabilities arising from movement dysfunctions.

Other non-clinical roles performed by most physiotherapists include administrative, research and consultation functions. Although in some cases these roles would be undertaken on a full time basis by an experienced physiotherapist following completion of formal graduate study, some involvement of all physiotherapists in these activities is becoming the normal pattern.

Many physiotherapists serve as clinical supervisors to students in training, and all are expected to play their part in the continuing education program within their work setting. A number of senior level physiotherapists participate as clinical instructors in programs at nearby universities, and may have cross appointments to the university faculty.

Increasingly, physiotherapists are being involved in research activities. Research may be conducted in any aspect of physiotherapy - or may be undertaken on common problems in conjunction with personnel from other disciplines. Some physiotherapists are employed in particular research roles by hospitals, universities, government and industry; others may conduct research programs or studies as part of their function in both clinical and non-clinical roles.

II. BODY OF KNOWLEDGE UNIQUE TO THE PROFESSION

The practice of physiotherapy in Canada requires basic knowledge obtained in a university program, usually affiliated with a faculty of medicine or health science faculty. The basic education programs are four-year undergraduate degree programs. Clinical experience is obtained in these programs through periods of supervised clinical practice and internship in accredited facilities.

In depth knowledge of human growth, maturation and aging, anatomy, physiology, biomechanics and physics are mandatory. Upon this background of understanding of the normal individual, physiotherapists add a knowledge of pathology, patho-kinesiology and clinical management. Physiotherapists are trained to be skilled in physical examination and diagnosis, the application of appropriate physiotherapy treatments, and in evaluation of intervention. Treatment may take several forms: selected therapeutic exercises; specific techniques of mobilization and manipulation; and a variety of physical agents such as heat, cold, sound, and electricity.

The effective implementation of a program of physical treatment requires the physiotherapist to be aware of the importance of positive psycho-social relationships among the patient, his family, and the physiotherapist. To ensure fundamental understanding of the patient's reactions to his disability, physiotherapists are required to complete courses in both normal and abnormal psychology. Graduates from Canadian physiotherapy programs are also expected to be familiar with the principles of learning and teaching, communication and consultation; and to understand the principles of research and management.

Research Base

The initial research base on which the practice of physiotherapy was founded grew from the work of physicians. Findings of successful case studies were reported in the medical literature; many practices became established on the basis of very little concrete evidence of the real value of the procedures described in these studies. Many of the reports were empirical, with no underlying theory provided to explain why the procedure was successful. It is still true today that most of the treatment strategies used by physiotherapists have not been subjected to the scrutiny of a proper clinical trial.

The medical profession developed tools to assist it in making differential diagnoses, and to assess changes in those parameters of particular significance to the physician. Little attention was given to the accurate assessment of movement dysfunction.

Dissatisfied with the availability of both underlying theory of these problems and tools to measure motor dysfunction in clinical situations, physiotherapists turned to other disciplines for guidance. It was recognized that kinesiologists and exercise physiologists used a variety of measuring devices and were building theories of motor control and muscle training which came closer to meeting their needs. Today, most physiotherapy education programs include courses in exercise physiology and biomechanics.

The progressive introduction of measuring devices and concepts from other disciplines has been helped by physiotherapists who have undertaken graduate study in a variety of disciplines. An increased awareness of the importance of vigorous measurement, and the need for scientific evaluation of physiotherapy procedures which these therapists gained from their advanced studies, was passed along to their colleagues.

During the past ten years techniques have been learned, then borrowed and possibly adapted by physiotherapists for use with their disabled patients. The research base of physiotherapy is being drawn from a progressively increasing number of disciplines.

Lack of a well developed research base is high on the list of problems which physiotherapists believe account for some of the difficulties in physiotherapy. The development of such a base is considered the highest priority by the Canadian Physiotherapy Association, and work is well underway in meeting this objective. With the incorporation of a "Physiotherapy Research Foundation" in December, 1982, a major step has been taken. Physiotherapists know that the future of physiotherapy as a scientifically based health profession will depend largely on the degree to which they, and not people from other fields, develop this base.

III. CLINICAL SKILLS UNIQUE TO THE PROFESSION

(a) Measurement Systems Relative to Assessment and Outcome

It is unfortunately true that many of the measurement systems which physiotherapists have used in clinical practice are either obsolete or inaccurate. Futher, physiotherapists have also been criticised for not recording events systematically and objectively. Fortunately, physiotherapists are becoming more aware of this problem, and increasing use is being made of valid techniques of measurement in everyday clinical situations as well as in carefully controlled research studies - i.e. in using scientific methods.

In order to provide an overall assessment of a patient's performance, visual inspection may sometimes be adequate. Visual movement analysis can provide useful clinical data. This approach is helpful, for example, in checking the general pattern of gait a patient uses; this will enable the observer to differentiate between normal type gait, and the characteristic abnormal patterns to be found in stroke patients, or patients suffering from Parkinson's disease. However, only a very approximate evaluation of specific components of these gait patterns can be made. If more information is necessary (as in the assessment of severity of disability, or degree of improvement over a period of time) more refined techniques would need to be used.

When analysing motor performance, the physiotherapist must establish the objectives and criteria for evaluation; identify the parameters to be measured; select the appropriate measurement equipment and techniques; record the selected parameters; and analyze and interpret the data.

Joint position and range of motion in a particular area may be assessed using a manual goniometer, which enables angles to be read from a protractor scale on the instrument. Use of a goniometer is normally limited to providing an indication of position; it is not accurate enough to demonstrate slight angular changes reliably, particularly when recordings need to be repeated over a period of time. Electrogoniometers have been devised, and have been used in a number of recent studies, to provide high accuracy in measuring joint angle changes. Alternative methods of motion analysis may involve analyzing a film record of the movement, rather than attempting to measure the movement directly.

Rough and ready evaluation of the strength of a muscle contraction can be obtained by applying a manual resistance to the movement. For more accurate assessment of the forces generated by muscle activity dynamometers and force gauges may be used to measure dynamic and static forces respectively. Electromyography may also be employed in the analysis of muscle activity by measuring and analyzing the muscle action potentials which are generated.

In general, the tools used to evaluate the motor performance of patients have been designed by kinesiologists and exercise physiologists, with some modifications being made to the basic instruments to render them suitable for use with disabled rather than normal subjects. In some cases the equipment required to measure and record certain parameters of motor performance is expensive, and may not be available in all physiotherapy departments. Physiotherapy students are trained in the use of these instruments, however.

Assessment of the functional capacities of patients has involved collaboration between physiotherapists and a number of other health professional groups, particularly with other members of the rehabilitation team. The need to develop such instruments to assess the outcome of rehabilitation programs has become increasingly pressing as governments and administrators become more concerned at the cost and effectiveness of services which are being provided. For example, instruments to measure the changing health status of patients receiving physiotherapy have been developed by the Canadian Physiotherapy Association in cooperation with the Department of National Health and Welfare*. In this instrument, separate evaluations are made to describe the patient's mobility, personal care status, and social activity level.

(b) Treatment Programs

Time spent on different types of treatment activity has been documented in a recent survey,** as assessed by physiotherapists.

	Percent
Traditional therapeutic exercises and gait training	33.4
Manual techniques (such as mobilization, manipulation, facilitation and massage)	21.0
Physical modalities (such as light, heat, cold, water, sound and electricity)	22.1
Education and counselling to patients and those involved with their care	19.1
Work that someone less qualified could do	7.2
Prevention strategies	8.8

1. Exercise Programs

Exercise programs used by physiotherapists are designed to increase muscle strength, endurance and coordination. In order to increase muscle strength exercise against resistance is necessary. The resistance may be applied manually by the therapist, or through the use of weights, springs and other devices. Patients are taught to use their muscles to fix a segment of the body in position when the external resistance is applied (isometric exercise), or to produce a movement against the applied resistance (isotonic exercise). Resistance exercises will result in an increase in the muscle bulk- hypertrophy- in addition to increasing the force of contraction of the muscle.

Endurance is the capacity to continue to perform an activity over a period of time. Endurance type activities do not require a person to exert maximum effort, but rather require muscles to be worked against a moderate load for an increasing period of time. Activities of this type will produce changes in the enzymatic energy systems within the muscle fibers, and also result in an improvement in the flow of blood through the working muscles, and in the working of the circulatory system generally. Walking, running, climbing stairs - functions which can normally be continued over long periods of time - are often affected by disease or injury, and may need to be specifically retrained as part of a total rehabilitation program.

---

* "Toward Assessment of Quality of care in Physiotherapy, Volume II: Instruments to Measure Health Status of Patients Receiving Physiotherapy." 1981

** "Physiotherapy Ontario" Survey conducted by the Ontario Physiotherapy Association, 1980

Lack of coordination in the performance of an activity reduces the efficiency of that performance. Muscles not required to function at all in the performance of that activity are brought into play, and muscles normally used may not be used to an appropriate degree. Retraining of coordination to increase the efficiency of movement is often necessary; retraining results in altered patterns of activity in the central nervous system. The teaching of coordination exercises to improve posture and gait are particularly important activities for the physiotherapist.

Some approaches to programs of therapeutic exercise are deliberately designed to make use of reflex or developmental patterns of nervous system activity. As understanding of the working of the nervous system continues to grow it is likely that new strategies for therapeutic exercise programs will evolve.

2. Manual Techniques

Massage has always been included in the range of treatments provided by physiotherapists. Therapeutic massage is used to assist in mobilization of soft structures in the body - muscles, tendons, ligaments etc. - which have become bound together through injury or disuse. Specialized massage techniques may also be used to produce shifts in the pattern of blood flow through an area of the body.

Manipulative techniques used by physiotherapists help to restore the proper alignment of joints, and in restoring lost ranges of joint movement in many cases. These manipulations are not forced or violent, but use gentle and controlled pressures to the joint while the overlying muscles are in a relaxed state. Physiotherapists develop high levels of skill in the application of manipulative techniques to joints in both the spine and the limbs, and regard their use as complementary to other techniques.

3. Physical Modalities

Physiotherapists have a wide range of heating modalities at their disposal. Infrared radiations, short wave diathermy, ultrasound and microwave energy may all be used for the purpose of heating the tissues. Each of these forms of energy produces a different pattern of heating within the tissues; the physiotherapist chooses the one which is most suitable for each patient. Heating of the tissues is used either to improve the flow of blood through the heated part, or to reduce discomfort.

During the last few years increasing use has been made of the pain-relieving properties of low intensity electrical currents. By modifying the activity of nerves along the pain pathways in the central nervous system the use of transcutaneous electrical nerve stimulation has proven to be surprisingly effective in the relief of various forms of pain.

(c) Specialization

While physiotherapists function in capacities requiring the adoption of many roles, often concurrently, there is an increasing tendency toward specialization. The development of in-depth expertise in one particular branch of health service through post-graduate education, continuing education, research, and experience has become quite common. The specialized branches of physiotherapy are similar to the standard medical classifications. The concept of specialization is also carried over into the non-clinical roles: administration, research, education and consultation.

The following special interest groups or divisions have been established within the Canadian Physiotherapy Association: neurosciences; orthopaedics; paediatrics; directors of physiotherapy; sports physiotherapy; research; and education.

Each of these groups provides its members with the framework and guidance to develop expertise in that speciality, provide information on resources and encourages developments in the field. In addition, the Orthopaedic and Sports Physiotherapy Divisions have developed formal programs for continuing education and examination in their areas of interest.

Physiotherapists express considerable satisfaction with these developments.

IV. RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Formal Rules of Conduct exist for members of the Canadian Physiotherapy Association.* Physiotherapists have a legal and ethical responsibility for implementing treatment programs in accordance with professional standards. In meeting this responsibility, physiotherapists have the right to delegate portions of the treatment program to the patient, his family, or other professional and non-professional members of the health care team, when such delegation is in the best interests of the patient.

In order to ensure maximum benefit to their patients, physiotherapists will refuse to administer any procedure which in their judgment may be harmful or unwarranted; they will determine the type, duration, intensity and frequency of treatment, and discontinue treatment when appropriate.

Physiotherapists regard responsibilities to members of the health care team as second only to responsibilities to the patient. Thus, physiotherapists refer patients to other members of the team for consultation, advice, and treatment whenever necessary, as well as provide information on the benefits which physiotherapy might contribute to the patient's well being.

The professional standards for physiotherapists also include the responsibility for maintaining proper records of their assessment and treatment of each patient to meet the requirements of legal codes; while at the same time maintaining a code of confidentiality in all communications to others outside the health care team.

Physiotherapists acknowledge that developments in the profession are continually taking place, and that an important responsibility is to maintain a current awareness of the changes relating to physiotherapy, to ensure that up to date approaches and techniques are employed in every treatment program.

---

* Detailed in the document of Standing Rules 1-4 of the By-Laws and Standing Rules of the Canadian Physiotherapy Association.

V. RELATIONSHIPS WITH OTHER HEALTH CARE PROFESSIONS AND SUBJECTIVE EXPERIENCES

(a) Nature and Scope of Co-operation

The recent Ontario survey* provided findings on attitudes and feelings of physiotherapists their work world. In this survey, over 90 percent described their day to day relationships with other health professionals as being satisfactory or better; however, only about half were satisfied with the amount of contact they had with other health disciplines, and the amount of appreciation of the role and functions of physiotherapy by other health disciplines. On the other hand, when asked to rate a number of problems in order of priority, the need for attention to this was rated as sixth in a list of seven issues.

Physicians in general were seen as the group most supportive of the role and functions of the physiotherapist on a day to day basis. Ironically, physicians were also perceived as being one of the most difficult groups to work with. Physiatrists were felt to be less supportive than physicians in general.

When asked to comment on the perception they felt others to have of physiotherapy, the general reaction obtained indicated that physiotherapists felt that only those groups involved with physiotherapy on a regular working basis would judge the value of the profession accurately; while other groups such as administrators, legislators and the public at large tended to undervalue their contribution.

These findings tend to indicate that physiotherapists feel that a satisfactory relationship already exists with other members of the health care team with whom they interact on a regular basis, and that if the amount of contact with others could be increased, that this would likely result in improved relationships.

(b) Areas of Conflict

Some degree of conflict with the physician groups is to be expected. Out of a choice of seven priorities for future change in the legislaiton of physiotherapy, changes in referral procedures ranked first; three-quarters of physiotherapists were willing to take responsibility for treating patients without referral from a physician (if the current licensing requirement were to be changed). Irritation was expressed that the physician's diagnosis often had to be questioned; the information provided by the physician when referring a patient was sometimes inappropriate or incomplete; and communication with the physician was often difficult or unsatisfactory.

According to the survey findings, attitudes towards the nursing profession were variable. On the one hand many therapists felt that nurses were very supportive to them in their working relationships, yet on an overall basis, nurses were rated as the most difficult of all to work with. Other members of the rehabilitation team (occupational therapists, speech pathologists, and social workers) were viewed more positively.

---

* "Physiotherapy Ontario". Ontario Physiotherapy Association, 1980

Conflicts of the type reported in the survey are characteristic of situations where two or more groups are competing and challenging to acquire new rights and responsibilities, particularly when each is unsure of the knowledge and capabilities of the other groups. These conflicts are particularly heightened in those situations involving possible control, direction or management of the other groups. It is not surprising that a threatened stance is exhibited by physicians who insist on close control of physiotherapy treatment programs; or by nurses who attempt to control the physiotherapist's access to patients for a large part of the day, or who give scant recognition to the importance of rehabilitation in the total care of the patient. It is significant that these difficulties usually lessen over a period of time as more personal contact and a stronger relationships develop.

Often this mutual respect will grow of it's own accord; in many cases it is facilitated by the increasing use of team conferences in which collaborative planning of a patient's treatment program is undertaken. Better understanding of the role of others, with regular opportunities to hear the perceptions and points of view of other professionals, will, other things being equal, improve the quality of the relationsip between members of different professions.

What is built into such situations is a feeling of mutual interdependence - a feeling that no individual member of the team can help the patient to the fullest extent unless insights, information and support from other members of the team are forthcoming.

In contrast to the general positive feelings expressed relative to relationships with other members of the rehabilitation team, resentment is felt by physiotherapists at the privileges granted to chiropractors in Canada. Although chiropractic is felt to lack a scientific base, yet its practitioners enjoy many privileges within the present health care system in many parts of Canada which are denied to physiotherapists. In particular, the freedom of chiropractors to open an office in any location, with coverage for the treatments they give being provided on a fee for service basis through provincial health insurance plans, together with the direct access patients have to chiropractic services anger physiotherapists to whom such privileges are not extended. Physiotherapists point out the incongruities of a situation which deny such privileges to them as professionals educated in a closely controlled university setting, and working under the umbrella of organized medicine, yet allowing these to chiropractors whose educational preparation and practice is not recognized by the medical profession.

(c) Issues within the Profession

During the past two years, physiotherapists have defined the long term goals for the profession so that energies and programs can be appropriately developed and directed towards achieving these goals. Eight items have been recognized, and placed in the following order of priorities by the Canadian Physiotherapy Association:

1. The development of an academic body of knowledge which is the science and art of physiotherapy, through research
2. The development of standards in physiotherapy practice and education
3. The attainment and maintenance of the Association's standards by physiotherapists
4. The development of leaders within the profession
5. Increasing awareness within governments, amongst the profession and the public at large of the Association's standards and scope of practice
6. Provision of membership services

7. Planning for the future
8. Contributing to the development of physiotherapy internationally

(d) Job Satisfaction

According to the Ontario 1980 survey, when asked specifically about satisfaction with various aspects of their work, physiotherapists answered as follows:

Satisfaction Rank	Aspect of Work
1	Amount of independence
2	Usefulness of learned skills
3	Amount of decision making responsibility for choice of treatment
4	Application of knowledge and theory
5	Feeling of accomplishment
6	Amount of job security
7	Quality of supervision
8	Recognition obtained from job
9	Amount of contact with other health disciplines
10	Control over pace and quality of work
11	Amount of appreciation of role and function by other health disciplines
12	Amount of pay
13	Opportunity for continuing learning
14	Opportunity for advancement

A total of 91% of physiotherapists indicated that they were satisfied with their choice of physiotherapy as a career, although 25% indicated that they would choose another career today. The most dissatisfied were those in senior clinical positions.

It is of interest to note that physiotherapists are most satisfied with their amount of independence, the usefulness of their learned skills and the amount of their decision-making responsibility for choice of treatment. They are least satisfied with the amount of pay, the opportunity to learn more skills, and the opportunity for advancement. The amount of appreciation of their role and function by other health disciplines is also an area of dissatisfaction. In other words, physiotherapists are saying that they are pleased with what they are doing at work, but do not feel they are getting enough recognition for it.

When asked to rate activities in their lives which provide them with the most satisfaction, physiotherapists placed their family relationships above their career, although they felt that their work was more satisfying to them than recreational activities or religious beliefs.

In summary, physiotherapists feel satisfied with the actual work they do. They would like to learn to do it better, and get more involved in educating others about what they do.

In terms of the areas in which physiotherapists would like to spend more of their time if they could, the most frequent choice was manual techniques such as mobilization and manipulation, followed by education and counselling of their patients.

Above all, physiotherapists consider as most important, in any career or occupation they might have, the opportunity to use their professional skills and to work with people rather than with things. They frequently comment on the close personal relationship which exists between physiotherapists and their patients, arising from prolonged periods of interaction over extended periods of time; and the responsibility shared with the patient in improving the level of function. The nature of this relationship is often compared favourably to that possible for other members of the health care team.

VI. REFERENCE MATERIAL FOR THE PROFESSION

The Canadian Physiotherapy Association (CPA) is the national professional association with approximately 5,000 members across Canada, with representation from each provincial association on its Board. Accreditation of services and of university programs in physiotherapy are conducted by the CPA. Further information on accreditation, provincial associations, research, training programs, continuing education, codes of ethics, and by-laws are available from the CPA, 44 Eglinton Avenue West, Suite 201, Toronto, Ontario M4R 1A1.

RESOURCE MATERIALS

Background information for this chapter has been obtained from the following sources:

CANADIAN PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION: *Statement on the Scope of Practice.* Toronto: CPA, 1980

ONTARIO PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION: *Physiotherapy Ontario.* Toronto: OPA, 1980

CANADIAN PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION AND DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE TASK FORCE: *Toward Assessment of Quality of Care in Physiotherapy Volume II: Instruments to Measure Health Status of Patients Receiving Physiotherapy.* Ottawa: DNHW, 1981

The authors are indebted to these Associations for permission to use material published in the above reports, and to the authors of the following papers who freely consented to their published work being summarized:

HANCOCK H et al: The early days. *Journal of the Canadian Physiotherapy Association* 1970; 22: 64-78

PEAT M, CAMPBELL G: Measurement systems in physical therapy. *Physiotherapy Canada* 1979; 31: 132-136

The senior author of this chapter accepts responsibility for all statements which are made, and emphasizes that these do not constitute an official statement of the policies of the Associations.

R.C. Bland and G.D. Watson

1. HISTORICAL DEVELOPMENTS AND WORK ENVIRONMENTS

(a) History

Psychiatry is that branch of medical science that deals with the origin, diagnosis, prevention, and treatment of mental disorders. Its roots can be traced to preliterate cultures and the practices of shamanism and trepanation; through Greek and Roman medical practices; the enlightened views of seventh to fourteenth century Arabic physicians; through the cruelties and torture of witchcraft and fanaticism of the renaissance in Western Europe; to the quite modern views of humanity and its distress embodied in the French revolution.

The concept of moral treatment of the insane, originating in eighteenth century Europe and moving through England and America coincided with the beginnings of application of scientific practices to clinical medicine, including psychiatry, and resulted in renewed interest in the classification of illnesses, determining causes and outcomes and developing treatments. These trends continue to the present, with disease concepts of mental disorders and exciting developments in biological psychiatry, psychopharmacological, and physical treatment methods.

Coincident with contributions arising from the study of the biology and pathology of mental illness were the insights provided by Freud and others of the psychodynamics of normal and disordered behaviour and the treatment methods which resulted. The scope of psychiatry was broadened to the study and care of disturbed individuals who did not require confinement in institutions for the insane.

More recently, psychiatry has borrowed from psychology investigative (e.g. psychological tests) and treatment (e.g. behaviour therapy) methods.

In the last 30 years there have been significant attempts to change or add to the delivery of psychiatric services, exemplified by movements toward deinstitutionalisation of the care of the mentally ill, and by development of community as well as institution-based services. This has not only made the traditional types of service more accessible but has introduced a new type of service making wider use of the skills of other professionals.

(b) Training Programs

There are 16 approved postgraduate training programs in psychiatry in Canada. All of these are operated by a university-based medical school, and inspected and accredited by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, the regulatory body which examines in the specialty and establishes the training requirements.

To enter a training program an applicant must possess an acceptable medical degree and internship certificate. The training program then consists of four years of approved study and clinical experience.

Successful completion of the course of study and of the Royal College examinations in psychiatry permits the physician to apply to a provincial medical licensing body for registration as a specialist in psychiatry in that province, and to charge the established fees for such specialist services.

The Royal College succinctly states "the objective of the graduate training program in psychiatry is the training of a medical specialist who is expert in the application of relevant medical, surgical, biological, psychological, and social factors to the diagnoses, treatment and management of psychiatric disorders." They elaborate "...that the psychiatric specialist acquire(s) skills in working collaboratively with other health workers to provide psychiatric health services that are comprehensive and readily available. It should be apparent that psychiatric training programs try to produce competent, all round, practising psychiatrists by combining academic and clinical training in a variety of areas of expertise."

The Royal College does not separately examine or give qualifications in subspecialty areas of psychiatry such as child or forensic psychiatry. Subspecialty level expertise in such areas is generally acquired after qualification as a psychiatrist is obtained.

(c) Work Environments

Psychiatrists are medical specialists and may typically be found working in the areas where other medical specialists work. This includes the psychiatric departments of general hospitals and associated clinics, university departments of psychiatry, and private offices. They also work in specialty hospitals and community clinics. Because of the wide impact of disturbed behaviour, they may also provide services to such organizations as schools, correctional institutes, children's residential facilities, and the courts.

The responsibilities of psychiatrists to their patients are the same as for any other physician. This is clear enough in the hospital and private office setting, but can lead to difficulties in a multidisciplinary clinic or in consultations with agencies which then continue to carry responsibility for the patient.

II. BODY OF KNOWLEDGE UNIQUE TO THE PROFESSION

There is little knowledge that is privy only to psychiatry. The uniqueness lies in the application of a wide breadth of knowledge gleaned from many fields of study, by a person already trained in the science and practice of medicine, to the diagnosis and management of patients with mental illness. Thus the clinical skills and practice may be considered unique.

(a) Core Subject Matter

The core subject matter of psychiatry derives from:

i) the biological sciences: neurochemistry, neuroanatomy and neurophysiology, and the applied sciences of neuropsychopharmacology, endocrinology and neuropathology;
ii) the psychological sciences in such areas as intelligence, perception, motivation, emotion and their genetic, environmental, and physiological origins;
iii) the sociocultural sciences such as sociology, cultural anthropology, ecology and their influence and effects on mental health and illness; and
iv) the related sciences such as statistics, research design and epidemiology.

(b) Specialized Subject Matter

The specialized subject matter is the synthesis of knowledge derived from the above diverse fields and the clinical skills which the psychiatrist develops.

Included in the clinical skills is knowledge of the diagnostic process, the natural history of psychiatric disorders and their outcome with or without various treatments (be these physical, psychological or social).

The psychiatrist must develop skills in assessment, diagnostic and therapeutic interviewing, the ability to elicit adequate information, while remaining sensitive to the emotional nuances and needs of his patients. The evaluation of the patient includes a physical examination and the mental state examination - an assessment of thought processes and cognition, emotional state, and drive. From the information available, the psychiatrist must be able to extract the relevant and the important to arrive at a formulation of the problems which leads to a preferred diagnosis and a differential diagnosis; and determine what future investigation or inquiry is necessary to develop a plan of treatment or management.

(c) Research Base

The research basis of psychiatry is derived from any field of human behaviour and illness. Examples include the basic sciences of medicine, psychology, and sociology. Clinical studies of psychiatric patients may be initiated and conducted by psychiatrists, but also by professionals from other related disciplines.

Active research related to psychiatry is being conducted in most of the university departments across Canada, in a number of provincial government hospitals and clinics, and in other settings. Much of this research is of high quality and has earned international reputations for the researchers. Nevertheless, the amount of financial support provided by various levels of government currently is inadequate and amounts to only a small percent of the medical research expenditure. This is indeed disturbing in view of the ubiquity of mental illness and its cost to the economy.

III. CLINICAL SKILLS UNIQUE TO THE PROFESSION

(a) Diagnostic Procedures

The basic clinical procedure for diagnosis in psychiatry, as in the rest of medicine, is the history and examination of the patient.

The history consists of basic demographic data, an account of the present illness and its symptoms, a history of previous illnesses, the family constellations and illnesses, and the patient's developmental and personal history (peer, marital and family relationships at various life stages, significant life events, habitual behavioural patterns, early life experiences, educational, and employment accomplishments).

The physical examination and mental status assessment are mentioned above.

Following this collection of data the psychiatrist uses his experience, knowledge, and background training to sift the important from the unimportant and derives a formulation, a preferred and differential diagnosis.

At this point he may wish to order further investigations to complete the clinical picture. These may be social - such as interviews with family members or other persons significant in the patient's life; psychological - such as tests of intelligence, personality; and/or physical - such as test of blood and urine; or other examinations bearing on nervous system functioning - such as electroencephalograms, special radiological procedures and neuropsychological tests.

The completion of these investigations should allow the psychiatrist to confirm or refute his initial diagnostic impression. From this, and from an assessment of the degree and chronicity of disability, a treatment plan is developed.

(b) Clinical Procedures and Treatment Programs

The psychiatrist is expected to be expert in tailoring the available treatments and treatment programs to the needs and (where possible) the wishes of the patient.

The forms of treatment which the psychiatrist may administer include physical, psychological, and social. In addition, he may wish the patient to participate in programs administered by other professionals, as diverse as life skills training, vocational training and rehabilitation, educational programs, social assistance, protection of the patient's financial affairs, or sheltered housing or work.

Physical forms of treatment may involve the use of psychotropic medications to modify symptoms and behaviour and to prevent recurrent episodes of illness. This, of course, requires careful and accurate diagnosis, an assessment of the prognosis with and without medication (or with alternative medication), and an estimate of the likelihood of patient compliance, and the potential risks and dangers of using the medication.

Another form of physical treatment is electroconvulsive therapy. Although the use of this treatment has declined in recent years, responsible opinion leaves little room for doubt that this is a safe and effective treatment for selected patients.

Psychological treatment involves various forms of psychotherapy. Psychotherapy may be done on an individual basis, with a family, or with the patient as part of a group. What takes place in psychotherapy, and the objectives of the therapy, vary with the psychiatrist and his theoretical orientation; and also with the patient, his illness, stage of illness, and availability of any particular form of therapy. Not infrequently a psychiatrist will refer his patient, whether or not maintaining primary responsibility for the patient, to another therapist for a particular form of psychotherapy.

Some examples may help to clarify:

1) A patient admitted to hospital and suffering from delusions and hallucinations will likely be involved in brief psychotherapeutic interviews. This patient has difficulty distinguishing reality from what is happening intrapsychically. The interviews will be directed toward reinforcing reality. This same objective will be continued through the day by nursing staff using a simple, supportive, directive, and concrete approach to the patient. The patient may well be involved as part of a group directed, for example, by an occupational therapist, where the emphasis is on concentrating and attempting to carry out some realistic, practical task.

2) A patient presenting with fears of going out in public may be involved as an individual, and as part of a group, in a much more indepth analaysis of the basis for such fears and their origins. This type of exploratory and interactional psychotherapy is demanding of the patient, both intellectually and emotionally.

3) An elderly patient, admitted with evidence of confusion and disorientation, will be correctly oriented in a simple manner by medical and nursing staff verbally; and by clearly labelling the patient's room or bed; and having accessible, large size calendars and clocks. Group involvement will be in the form of concrete talks and simple structured social involvement with others. Where the defect is more severe, sensory retraining groups can be of benefit.

Psychological treatment also includes various forms of behaviour therapy. The psychiatrist may conduct these himself if he feels suitably experienced and inclined, or may refer the patient to an experienced psychologist.

Examples of behaviour therapy include:

Relaxation training (either group or individual)
Systematic desensitization
Paradoxical intention
Implosion

Social aspect of patient management may constitute a major or a minor feature of treatment. The more traditional role of the social worker is frequently of immense importance, with arrangements being necessary for financial assistance, sheltered housing, or training in social or vocational skills. Social workers have become increasingly involved in group and family therapy and in marital counselling, and make significant contributions to patient management using these therapeutic modalities.

The therapeutic roles of the other professionals such as the occupational therapist, the recreation therapist, and the home economist have developed in recent years, their roles evolving by mutual recognition of the skills which they can perform to improve and enhance patient care.

(c) Specialization Within the Profession

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, the body responsible for the examination and certification of medical specialists, does not recognize any subspecialties in psychiatry. However, a number of areas have attracted psychiatrists to more or less full-time activity. These include psychoanalysis; child and adolescent psychiatry; forensic, geriatric, liaison and administrative psychiatry. The clinical expertise required in, for example, child, geriatric, or forensic psychiatry, obviously varies from that required in general adult psychiatry; consequently most of the psychiatrists working in these fields have additional training and/or expertise.

IV. RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

(a) Autonomy Needed By the Profession

Psychiatrists are medical specialists, licensed as such in the province in which they practise, under provincial legislation. This gives them legal right to practise their profession. Autonomy varies depending on the type of setting in which the psychiatrist works. If this is in a private practice office, the restrictions are few, provided that he stays within expected professional, ethical, and legal constraints. In a general hospital or medical hospital, the by-laws of the institution will establish certain relationships, responsibilities, and duties; and similar restrictions will apply in university settings. Unlike many other health professions though, psychiatrists can and do operate as independent fee-earning practitioners, and are not dependent upon being employed by a firm or agency. Since there is a shortage of psychiatrists in Canada, a wide range of opportunities are available to the "newly qualified specialist."

By the nature of their work - dealing with the mentally disturbed - psychiatrists are in frequent contact with persons whose judgement is impaired or who are operating on the basis of false beliefs. Such persons may be dangerous to themselves or others and require treatment despite their wish not to be treated. Each province has developed legislation dealing with this problem and detailing the rights of the mentally ill and the circumstances in which treatment may be administered contrary to the wishes of the patient. This has given rise to some conflict in recent years between those who seek to give treatment to disturbed people and those who wish to protect the right of the individual to refuse treatment.

Patients have a number of avenues open to them if they feel dissatisfied. They may of course complain to the psychiatrist treating them. Contrary to popular expectations, psychiatrists are not mind readers, and if minor problems are dealt with openly, they can frequently be easily resolved. Complaints may be lodged more formally with the provincial licensing body which will then, depending on the nature and specificity of the complaint, investigate further. Serious complaints, if justified, may result in the psychiatrist's license to practise being suspended or revoked. Complaints may also be made to a hospital or clinic administrator where mistreatment is alleged to have occurred.

For the involuntary patient, a procedure has been established in each province whereby the patient may appeal his status as a committed patient.

(b) Referral Systems

Psychiatrists, as physicians, use the conventional medical routes of referral. Thus, many patients are referred by their family physician or by another specialist. Patients may also obtain a psychiatric opinion under urgent circumstances through a hospital emergency department. Those psychiatrists who work in government operated clinics will accept patients through the usual referral routes of these agencies. Many psychiatrists will not accept self-referred patients, and some decline referrals from non-medical professionals.

Social agencies such as provincial social service departments, child welfare and child-protection agencies, the police, jails, schools, and alcoholism treatment programs, frequently have psychiatrists on their staff.

Referrals from psychiatrists to other physicians are frequent.

Within a hospital or clinic setting, psychiatrists frequently refer patients for various services to other assessment, treatment, or rehabilitation professionals. This may be because some special service is required (e.g. a particular form of psychological testing) or because these professionals are operating as part of the treatment team. It is usual for the psychiatrist to initiate such referrals. In most jurisdictions, he is held to be the person responsible for the patient's treatment, and while many other categories of staff may be involved with the patients and have their responsibilities, the psychiatrist cannot delegate his own primary responsibility for the patient.

Because of the complexities which develop when a number of agencies and individuals are involved with the patient, some new systems of treatment administration have developed. One such is the appointment of a "case manager" for the patient. This person, usually non-medical, has the responsibility for coordinating the various aspects of care and ensuring that treatment recommendations are carried out.

V. SUBJECTIVE EXPERIENCE AND EXPECTATIONS OF THE PROFESSION

(a) Cooperative Services from Other Professions

The availability of other professional services varies widely according to the work setting. Most general hospital and mental hospital units have in their employ social workers and psychologists. Many also have occupational therapists and recreation therapists, while others may have extramural services such as home visiting by nurses or others. Within the unit various forms of treatment may be offered by the staff, such as marital and family therapy, behaviour modification, group therapy programs, and work therapy. They do not normally follow strict discipline organization and frequently take advantage of the overlap of skills between professions. Larger clinics are likely to offer similar combinations of treatment programs.

Frequently though, desired programs may not be available 'in house' and arrangements must be made with an outside agency. This particularly applies when extensive social support services may be required, such as income support or sheltered housing.

(b) Areas of Conflict

These may be many or almost non-existent. To a considerable extent conflict is likely to arise because of the personality of the individuals concerned. Mutual respect for each other's skills and strengths, as well as responsibilities (whether these occur by legislation, usual practice, or policies of the organization) goes a long way in avoiding conflict. Some persons function badly as part of a team and see each decision as an infringement on their professional status or personal autonomy. Such persons would do well to choose their work setting carefully, to ensure their independence.

(c) Issues Within the Profession

Psychiatry has been reevaluating its role in recent years. During this time there have been increased efforts to reintegrate psychiatry into medicine, from which it had drifted. There has also been concentration on the application of research findings to diagnosis and treatment. Since the early 1960s, with the community mental health movement, psychiatry has also seen itself on a somewhat broader front than individual patient treatment, with increased involvement with social agencies and schools. Challenges to psychiatry's role have come from other professions such as psychology, leading to an uneasy truce in some parts of the country whereas in other areas there is good professional co-operation.

(d) Roles and Challenges

Both the theory and practice of psychiatry have changed recently and will continue to change even more. Responding to these changes is dynamic and challenging. The shortage of psychiatrists in many areas of Canada allows scope to explore opportunities which would not arise in a crowded profession. This same shortage does however place excessive demands on psychiatrists, which can lead to frustration of both psychiatrists and patients.

VI. REFERENCE MATERIAL FOR THE PROFESSION

There are approximately 1,200 practising psychiatrists in Canada, employed in a variety of professional circumstances including general hospitals, psychiatric institutions, community clinics, private practice offices, jails and penitentiaries, and in university teaching departments. At the national level the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada is the licensing body setting examinations and evaluating the qualifications of foreign educated psychiatric personnel. The Canadian Psychiatric Association is a national professional organization for psychiatrists. At the provincial level the provincial Colleges of Physicians and Surgeons are the licensing and regulatory bodies. Continuing medical education programs are organized by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, by the Canadian Psychiatric Association and its provincial affiliates, and by the university departments of psychiatry across the country. Further information on training programs, codes of ethic, by-laws, and so on are available from the national and provincial licensing organizations.

Henry L. Jansen and John C. Paterson

1. HISTORICAL DEVELOPMENTS AND WORK ENVIRONMENTS

(a) History

The history of psychology has varying roots dating back to early Greek times. The early philosophers with their emphasis on critical and scientific materialism, questioned the basis of where ideas came from, whether innate or from experience. This was followed by philosophical attempts to describe living organisms, their subjective experiences, their reactions and reflexes.

Whereas philosophical origins can be said to be the first early history of psychology, the "new psychology", the experimental basis, dated back to the experimental work of Wilhelm Wundt, who founded the first recognized laboratory at Leipzig, Germany in 1879. Scientific developments in physiology, biology and qualification had considerable effect on the development of psychology, first in Europe and then in America. For a detailed account of early historical roots, the readers should consult Wertheimer (1979).

The history of professional psychology is more closely linked to the developments in the field of clinical psychology. The practice of psychology developed rapidly after World War I and emphasized measurement and individual differences, especially in the placement of war veterans, pre and post war-times. The growing concern with mental health lead to government support for clinical programs and the development of mental health clinics and agencies in the United States and Canada.

(b) Training Programs

Programs in professional psychology at Canadian universities can be divided into two major areas. Firstly, there are programs which reflect direct influence on the individual, which include courses on: counselling and therapy, psychoeducational assessment, and consultative child study. Theoretical emphasis is on developmental psychology, learning theories, behaviour modification, counselling, and curriculum studies. Secondly, there are programs offering courses having an indirect influence on the individual, which include training using theoretical knowledge combined with an experiential base. In addition, research aids in decision-making on individual children or programs are given. A third aspect of the indirect influence courses, include studies dealing with professional ethics and issues (e.g., the relationship of the child of the individual to the system, to the profession, and referral considerations). Courses reflecting indirect influence are offered in organizational theory, curriculum development, teacher-training, and inservice training; as well as in statistics, measurement and research design. Common to all university programs are choices of studies and research practices in psychology, education, and allied fields. Thus, the psychologist may choose to study in a more in-depth fashion, intervention techniques borrowed from clinical psychology; vocational guidance and decision-making models;

systems analysis and organization; crisis intervention; affective education; consultation approaches; and a wide array of research knowledge and skills (linked to the drug field, socio-political factors, and currently neuropsychology and behavioural medicine).

Training programs have fallen or flourished depending on available government and special funding. In particular most training programs reflect the standards of practice established by provincial and national psychology organizations and by governments. By establishing content and practice which reflect accepted standards of competence as a professional, it becomes a minimum guarantee for protection of the public. In most cases, university training programs have also encouraged interdisciplinary cooperation whenever possible.

Little information has been published on the nature and scope of Canadian training programs. Well over 60 universities provide undergraduate training in psychology; over half provide MA or PhD level training, as well. In addition, there are 9 universities currently offering programs in clinical, community, and school psychology (Paananen and Janzen, 1980). By 1966 there were about 1,600 psychologists in Canada - a figure which has more than doubled today. This expansion is reflected in Alberta for example, where there are 859 certified psychologists, with university programs offering courses in child development, motivation, sensory perception, learning, atypical behaviours, socialization skills, and research methodologies.

Most universities promote a multi-disciplinary approach and a scientist-practitioner model of training for professional psychologists.

(c) Work Environments

Psychologists are typically employed by colleges and universities; provincial, federal and local government agencies; schools; business and industry; non-profit clinics, hospitals and other organizations; self-employed; and in other employment agencies. In applied psychology many clinical and counselling psychologists teach at universities or work in agencies or institutions (such as a mental health facility). Educational psychologists usually teach at a college or university. A school psychologist is usually employed by a school system. Many industrial and organizational psychologists serve as consultants to business and industrial firms (on matters of personnel selection, productivity, and morale); others study the effects of work in industrial settings. Experimental psychologists, who do basic research in a variety of areas, are usually employed by colleges or universities; their research is supported by the institution, a private agency, or government. Increasingly, psychologists are being employed by private and public agencies for program development and evaluation, community consultation and organization, and administration of helping services.

II. BODY OF KNOWLEDGE UNIQUE TO THE PROFESSION

(a) Core Subjects

Core subjects include: experimental psychology (physiological psychology - the study of bodily basis of behaviour); perception (how living things take in and interpret information about their environment); and learning (the way in which the behaviour of humans and animals is altered by experience). Other core subject areas in academic psychology include: personality, (behavioural

characteristics of individuals); social psychology, (how one individual's behaviour influences and is influenced by that of others); and developmental psychology, (how behaviour changes with age).

(b) Specialized Subjects

The more specialized subjects are commonly seen in the applied fields of psychology. They include educational psychology, clinical psychology, counselling psychology, industrial psychology and school psychology.

Education psychology addresses measurement; behaviour and learning in the classroom ; child development; and mental health - all in their application to problems encountered by teachers. Clinical psychology applies psychological knowledge, methods, and techniques to the treatment of psychological disorders. Activities of clinical psychologists working in mental hospitals, clinics, and private practice, are frequently similar to those of psychiatrists, with whom they often work in close collaboration. There are, however, two major differences in the training of psychiatrists and clinical psychologists. Firstly, while both undergo post-doctoral training and treatment of mental disorders, their graduate education is different. The clinical psychologist ordinarily holds a PhD or other advanced degree in psychology; the psychiatrist holds an MD. As a physician, psychiatrists are often involved in strictly medical procedures involving drug therapy; clinical psychologists are experts in behavioural procedures of advanced assessment and psychotherapy.

Counselling psychology uses psychological measuring methods and other techniques to help people solve personal problems of a relatively normal variety. For example, vocational counsellors use tests to assess an individual's abilities and interests in order to help him find a potentially successful career. Counselling psychologists work in schools, industry and social service agencies.

School psychology, a specialized segment of professional psychology, is concerned with the solution of educational problems. It encompasses not only a basic understanding of the psychology of the individual (child development, psychopathology, intellectual development, learning, and individual assessment techniques), but also knowledge of schools and social system.

(c) Psychology and Other Sciences

Psychology is closely related to the biological and social sciences. The biological sciences most closely related to psychology are physiology, neurology, genetics, and embryology. Similarly, sociology has provided concepts to understand the characteristics of group structure and functioning (rather than individual motives or experience of its members). As a result, in order to understand human behaviour, there is close collaboration between psychologists, sociologists, anthropologists, and biologists.

(d) Research Basis of Clinical Procedures

Whereas general psychology looks more to the laboratory experiment as the best suited model for research, clinical psychology relies more heavily on observation and correlation methods, or the clinical case study approach. That is not to say that clinical/professional psychologists do not

use experimental methods, rather, experimental procedures with manipulation of independent and dependent variables is often *not* possible within the context of a therapeutic setting.

Regardless of the approach, professional psychologists' research basis is to understand or explain the concept in question, classify or qualify it, and if possible, provide a basis for prediction. Hopefully, predictions also lead to an element of control and modification of behaviour.

Research in professional psychology (whether experimental, correlational or case-study approach) has a rich history dating back to the experimental work of men like Wundt, G. Stanley-Hall, James McKeen Cattell, Eysenck, et al and more recently by Canadian researchers like Meichenbaum. Problems of control of situational variables, adequacy of defining or assessing criterion variables, effectiveness of treatment approaches, still exist. As a relatively new science, psychology is developing a rich background of collected knowledge. For a more detailed review of research relevant to professional psychology, the reader should consult Phares (1979) and Woman (1965).

Organizing theory and research into a short conceptual framework is not an easy task and cannot be done within the limited space. Korchin (1976) has given a concise framework and should be consulted. His conception organizes theory and research into six major areas: motivational perspective; structural viewpoint; developmental perspective; adaptational viewpoint; ecological perspective; biological perspective.

The motivational framework provides an understanding of primary and secondary motives as they affect behaviour. The relationships of physiological states to affective conditions are examined. The structural viewpoint conceptualizes the concept of the ego and its executive functions. In this framework, men like Freud, Erikson and Allport have focussed on one's "sense of identity", a study of the self as the experienced core of reality. The most prominent developmental theorists are Piaget and Werner. In this perspective examination, observation and analysis of changes in perception, cognition, emotion and personality are made which characterize psychological differentiation. Clinical intervention is also geared to the developmental level of the patient. The adaptational viewpoint conceptualizes personality malfunctioning and mental illness from a "disorder of living" or stress situation. Research in this area focusses on resources people develop for coping with life's changes and stresses and the defenses they use. A newer conceptual framework is the ecological perspective. Research in this area focusses on human adaptation and inter/intra personal transactions within the social environment. Ecological researchers are more concerned with "the other 23 hours" of a patient's life, as Korchin (1979) points out. And finally, the biological perspective examines behaviour and the relationship to brain function.

Each perspective brings with it a different understanding of the individual. Research in each area contributes to the understanding of the whole person. More than one vantage point is necessary for the understanding of the human condition.

III. CLINICAL SKILLS UNIQUE TO THE PROFESSION

(a) General Diagnostic Procedures

It is in the fields of psychodiagnostic test instruments and research that clinical psychologists are uniquely trained. Using data from interviews, history-taking and objective and projective

techniques, psychologists develop inferences about the etiology of behaviour; complicating variables; and optimal mode of treatment.

We would readily agree that in order to assist in "solving a personl problem", it is necessary to begin with a reliable diagnosis. As such, it is the first vital step to intervention, and a critical part of the clinical process. Each psychologist may use a different method, different procedures and tests to seek a reality that is the client's, not the psychologists's. Behavioural psychologists eschew criterion-referenced testing, as do the analytic psychologists. Cognitively-oriented psychologists may choose to use both norm and criterion-referenced procedures. Biologically-oriented psychologists examine brain-behaviour relationships utilizing a wide range of empirically-bassed and criterion-referenced tests. All will rely on history, observation and anecdotal records.

A general diagnostic procedure would flow through four major stages: (1) understanding clearly the nature of the presenting problem; (2) detailed history-taking; (3) administration of a variety of psychological tests, with observation-data; and (4) analysis of results and formulation of hypotheses and intervention modalities. Results of this procedure are communicated to the client and decisions about further action discussed.

The objective of diagnosis is differntial in nature. That is, it is to rule out certain conditions and rule in others. Each case is considered individually. Comparative, criterion-referenced data are used to determine the severity of the problem for the individual client. Norm-referenced data are used as a scientific basis for classification and statistical analysis of data.

(b) Clinical Procedures and Treatment

Formal psychological testing is not always practised by all professional psychologists. However, a standard clinical procedure for all psychologists is to use situational observations and data recorded during interview or counselling sessions. In all cases, consultation with other professionals and a case conference is arranged to further evaluate, classify and specify a useful program of treatment.

Psychologists are trained in a variety of treatment techniques, but may choose to specialize in one or several of these. Thus, a psychologist may be involved in individual therapy, group therapy, progressive relaxation and hypnosis, biofeedback, art therapy, dance/music therapy, biblio-therapy, re-education therapy, and transactional analysis.

(c) Specialization of Diagnostic and Clinical Skills

Different specialized skills may be required depending on the nature of the work setting. For example, educational psychologists employ procedures pertinent to a school system. Industrial psychologists are proficient in matters of personnel selection, attitude change, and survey techniques. Psychologists in hospitals utilize proficiency in personality and organicity diagnosis.

Treatment programs and style of treatment may also vary depending on one's specialization in the profession. For example, in counselling psychology, therapists may be involved in individual or group counselling, family and marital therapy, or educational assessment.

Psychologists involved in forensic psychology, corrections and the juvenile justice system, make intellectual and psychopathologic assessments; and determine educational needs and intellectual skills. Choice of tests, supervision of group testing, scoring, and interpretation, are part of the psychologist's functions. Psychological assessments are also used for exit decisions and are usually prepared for a parole board. In addition, goals of psychotherapeutic treatment must be specified by the psychologist and intended to promote adaptation to the institutional environment and the society at large.

Professional psychologists function in a far wider field than the courts, of course. The traditional hospital in clinic settings for diagnosis and treatment still constitutes the primary responsibility of many clinicians. Recently, a greater number of psychologists work in schools, public service agencies, and in private practice.

The specialized skills of psychologists have pulled them rapidly into other settings, one of the more recent being the industrial complex. In addition to the human engineering components of industrial psychology, there has developed a utilization of psychologists in management selection, promotion and practice. In this specialty psychologists may need skills to recommend policies or procedures to correct difficulties in industrial relations, relating to people and their employment.

Although general diagnostic and clinical procedures and treatment programs may be the same regardless of setting, specific clinical skills and treatment modalities have been developed for very specialized settings.

IV. RIGHTS AND RESPONSIBILITIES OF THE PROFESSION

(a) Autonomy

Although psychology is recognized in all parts of the world today, there is an increasing concern, especially in Canada, that psychologists have not yet achieved the status they feel they deserve as an independent, self-regulating professional group. Legislation in Canada is non-existent when it comes to granting self-regulatory powers to the practice of psychology.

In most provinces in Canada the Psychologist's Act protects only the professional title, but not the activities in which one engages. It seems that anyone else may do exactly the same thing as a psychologist, as long as that person does not call himself a "psychologist". Nevertheless, increased standards of practice and higher levels of academic and professional training are giving psychologists recognition in medical, school, and social service settings.

(b) Referral System

An important part of the psychologist's work is maintaining effective communication with various community organizations, hospitals and professionals. Many of the roles of psychologists overlap with those of specialists in other areas. Because of high demand for psychologists, the temptation to try to gain skills in many areas (not necessarily at competence level) was too great to pass up. Due to such pressure and demand and as a result of sociopolitical factors, the role of psychologists and the nature of delivery of their services has changed out of necessity to an interdisciplinary one. Thus, at the present time psychologists are frequently involved in

referring cases to a variety of medical specialities, police and probation officers, child welfare agencies, public health agencies, private practitioners and educational psychologists, and family service agencies. Without a doubt an interdisciplinary team approach has built in benefits for more appropriate delivery of services. The nature of referral depends on an initial assessment of the case by the psychologist, and examination of the presenting problem, and the disciplines needed for an effective diagnosis and treatment program. The nature of the presenting problem may also determine the composition of the interdisciplinary team. Although empirical evidence is lacking regarding the effectiveness of a team to arrive at a more accurate statement of the problem, it seems logical that communication of input from a variety of sources would improve chances for a clear definition of factors involved in the stated referral question. An effective referral system would be advantageous in that observations made independently of each other, and in different areas, would provide a greater reliability in the assessment of the problem.

The nature of the referral system depends on the work setting of the psychologist. For example, in a hospital or agency setting psychological service is but one branch of a multidisciplinary approach utilized for diagnosis and treatment. Members of the other disciplines are readily available and automatically become involved in the case. In private, school and industrial settings, the psychologist may not have ready access to other disciplines but instead must rely on his own initiative in referral and follow-up. There are, no doubt, situations in which the psychologist may be involved alone in a decision-making process and treatment but these situations are becoming rare.

Communication aspects as well as personal qualities of the psychologist and strategies used for effective problem-solving are process factors that will determine the effectiveness and impact of a referral system of which the psychologist is a part. Interdisciplinary collaboration and referral is not a new service model but it does force the psychologist to abandon some old roles and adopt new ones. Perhaps more than anything, it tends to take the primary burden of decision-making off the shoulders of the psychologist and places it as a shared concern of the team involved in the delivery of service. Because of the highly confidential nature of these materials and its legal and ethical implications, effective liaison and referral is a professonal function requiring much tact and personal skill.

V. SUBJECTIVE EXPERIENCES - PROFESSIONAL EXPECTATIONS

(a) Cooperative Services

The sciences that seek to explore causes and effects of human behaviour are not always precise. Consequently, among the helping professions, one expects to find areas of unique expertise, as well as overlap in training and knowledge. There are few human problems that can be best handled by the unaided efforts of a psychologist. It is unethical and inexcusable to find one profession "guarding territorial rights" when there are research data in other fields which would shed light on a particular problem.

The kinds of help needed by psychologists vary, according to the treatment setting. Traditionally, psychologists have administered and interpreted psychological tests; and in medical settings, have been only one source of data input, necessary for the treatment team. Obviously, treatment teams have struggled with the concept of primary and secondary problem areas for patients, to determine which professional is in the best position to fulfill the function of "case coordinator" or "primary worker" in a particular situation.

Regardless of who is in charge, a variety of inputs is both desirable and necessary in most treatment settings. In hospital settings, a medical practitioner calls on a variety of professional opinions, before charting a treatment course. In some instances psychologists assist by providing data; in others they may coordinate efforts of a variety of professionals. The same situation applies to other professionals, such as language-speech pathologists, audiologists, social workers, nurses, occupational therapists, and others. Psychologists cannot, for example, make medical diagnoses, or prescribe medication. Here, the prerogative is clearly within the realm of the medical profession. While other boundaries are not as clearly defined, the work of other professionals is nevertheless equally important. We need language-speech pathologists and audiologists to help clients with communication disorders; social workers to provide casework and group skills; and nurses to assist patients in both traditional and non-traditional modes. Ideally, training overlap simply means that professional roles will not always be identical, and that professional jealousy and conflict need not exist.

(b) Potential Conflict Areas

Who's in charge? This is probably still the most explosive issue in rehabilitation literature. Sometimes the answer to this question is simple; often it is complicated. In a hospital setting, usually medical practitioners are ultimately responsible for patient care. In a school setting, the school principal takes responsibility for the educational development of students. With responsibility, usually we entrust authority.

However, even in these two areas, there are mishaps. Most readers will be familiar with at least one case where a psychiatrist prescribed a particular educational program, or a psychologist advised on a course of medical treatment. Fortunately, these examples are rare, and relate to misunderstanding, or bad judgments by individuals within a profession. In most instances, final decisions rest with the professional entrusted with the ultimate responsibility for the care of a client, patient, or student.

In other areas, the issue is complicated. Since mental health agencies often share responsibility, authority is divided, leading to potential for conflict. Patients often consult more than one professional for advice; this can adversely affect client populations in two ways. Conflicting advice can create troublesome or serious problems for recipients of service. More often, members of different disciplines act as consultants, and no firm decisions are taken; again resulting in minor annoyances or serious difficulties for clients.

Times too, are changing. Potential conflict can arise with the introduction of new services. In rural areas teachers still act as tax consultants to residents; and public health nurses may have worked with communication disorders for years, before the advent of language-speech and auditory clinicians. Since the introduction of new services can be a threat to established practitioners, psychologists, as relative newcomers to fields like private practice, must make more than token efforts to cooperate with established professionals, to bring more effective services to patients and clients.

One other potential conflict area could be simply lack of knowledge or understanding of different disciplines. As in many other areas, education could be a key factor in preventing unnecessary friction.

(c) Professional Issues

Perhaps the major issue facing psychology is the growth rate of the profession. Since the early 1950s, popularity of treatment methods of such giants in our profession as Carl Rogers, Albert Ellis, B.F. Skinner and Fritz Perls, has resulted in gigantic increases in numbers of both certified psychologists and training programs. Rapid manpower increases have created problems among disciplines within psychology and between psychology and other helping professions.

Further, psychologists are not as easily identified as many other types of professionals. As stated earlier, psychology is a discipline as well as a profession. A high percentage of graduate psychologists function in teaching or research roles, making it difficult to present a unified image to the public. Specialties within psychology are also changing; traditional clinical psychologists are now faced with competition from newer applied professionals in areas like school psychology, neuropsychology, counselling psychology, and rehabilitation psychology.

Finally, the issue of training, and the related one involving certification, are still with our profession. Standards for certification vary widely among provinces in Canada and states in America. It is still not totally clear to the public or to other professional groups what is meant by a professional psychologist. It goes without saying that these issues are now being vigorously addressed by the profession, but they remain issues.

(d) Personal Views

Some of the concerns listed above can be interpreted as strengths, as well as weaknesses of this profession. Psychologists today have numerous roles and responsibilities, and this is a growing profession. The challenge of defining one's role in relation to other professions and the public is both exciting and rewarding. Many real breakthroughs in interpersonal relationship counselling, communication skills, and neuropsychology have occurred recently; psychologists have contributed immeasurably to the growth of knowledge in these areas. It is an exciting time to be in this profession.

VI. REFERENCE MATERIALS

(a) Organization of the Profession

Like all professions in Canada, the control of psychology rests within provincial jurisdiction. There are differences in standards of training for professional practice among provinces. In some provinces a masters degree is a prerequisite for certification; in others a doctorate is required. Psychologists wishing to provide services to the public must be certified to work. Each Canadian province and every American state possesses some type of professional association governing practice.

The national associations in psychology are nonetheless very influential in determining standards for the profession. In Canada, in late 1981, there were approximately 3,000 psychologists registered with the Canadian Psychological Association. About 60 percent of the members of this professional group are male and 40 percent female. Applied psychologists outnumber experimental psychologists in the ratio of 2:1 in the two major divisions.

In the American Psychological Association (APA) there are 35 divisions. Those divisions with over 2,500 members include clinical psychology, personality, social psychology, psychotherapy, counselling psychology, general psychology, educational psychology, school psychology, and the teaching of psychology. In 1978 there were close to 50,000 members of this prestigious association across North America. In the APA the ratio of males to females is close to 3:1.

(b) Referencing

The best reference sources for information on psychology are local, provincial, national or state associations. Data regarding employment opportunities and training programs can be obtained through the national associations. It should be noted that many psychologists belong to other related professional associations and professional groups, such as the Canadian Guidance and Counselling Association, or the American Personnel and Guidance Association.

(c) Employment Opportunities

Psychologists share information about employment opportunities through professional journals and conferences. Major employers of experimental and academic psychologists include post-secondary educational institutions, government agencies, private agencies, and school systems. Applied psychologists work in medical or mental health settings, penal institutions, educational centres, or some form of private practice. Presently, there is a need for more psychologists, at the doctoral level, as graduate programs in Canada are continuing to expand and job opportunities are available.

(d) Organizations

1. Canadian Psychological Association. 558 King Edward Avenue, Ottawa, Ontario. K1N 7N6
2. Canadian Guidance and Counselling Association. 651 Cumberland Avenue, Room 212, Ottawa, Ontario. K1N 6N5
3. American Personnel and Guidance Association. 1607 New Hampshire Avenue, N.W., Washington, D.C. 20007
4. American Psychological Association. 1200 - 17 Street, N.W. Washington, D.C. 20036

REFERENCES

KORCHIN SJ: *Modern Clinical Psychology: Principles of Intervention in the Clinic and Community*. Basic Books, New York, 1976

PAANANEN N, JANZEN HL: Survey of Canadian school psychology programs in Canada. *School Psychology International* 1980; 2:14-16

PHARES EJ: *Clinical Psychology: Concepts, Methods and Profession*. Dorsey Press, Homewood, Illinois, 1979

WERTHEIMER M: *A Brief History of Psychology (Revised Edition)*. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1979

WOLMAN BB: *Handbook of Clinical Psychology*. McGraw-Hill, New York, 1965

Chapter 9 S O C I A L W O R K*

Gayle Gilchrist James and Bryon M. Gero

1. HISTORICAL DEVELOPMENTS AND WORK ENVIRONMENTS

(a) History

Social work is rooted in antiquity and in humankind's efforts to help one another in times of hardships like poverty, pestilence, and disease. These efforts began around 2100 BC Drawings on the walls of tombs depict Egyptian rulers giving things to the poor; Egyptian farmers were given seed in the event of a crop failure (Conger, 1973).

Social inventions continued, through a process of progressive differentiation, to comprise charity given by monastic orders (350 AD to the present); to laws regulating the movement of "able-bodied beggars" and the "right to relief of those who were unable to work for themselves" (First English Poor Law, 1388 AD); to the establishment of "hospitals" (almshouses, orphanages and training homes--1520 AD); to "welfare officers" (civil officers who directed the expenditure of tax funds levied for the purpose of relieving the poor--England, 1572 AD); to the Elizabethan Poor Law of 1601 AD which established categories of relief recipients, artifacts of which still exist in Canadian and American legislation currently, implicitly describing the poor as "deserving" or "undeserving"; to the major public and private programs and policies of the Nineteenth and Twentieth Centuries (Sickness Insurance in Bismark's Germany in 1884 and his Workmen's Compensation in 1885 and Old Age and Incapacity Insurance in 1889; Family Allowance in France in 1918; Old Age Pensions in 1908 and compulsory health insurance in 1911 in Great Britain; the New York Children's Aid Society in 1853 and the Juvenile Court in Chicago in 1898) (Conger 1973).

As "charity" moved from religious auspices to secular auspices, and as our understanding of human and societal development deepened, the need for personnel with skills above and beyond those intuited by "good will" became apparent. This gradual realization led to the development of the profession we now call "social work". Volunteers could no longer fully meet the demands for service and thus, the first paid charity workers, i.e. social workers, were employed in America and England in 1890. They were not all women, as is popularly thought:

> "Brilliant young graduates of Harvard University made a career of charitable work; so also did men past middle age...Feminine tact and sympathy were prized in friendly visiting and many women who started as volunteers remained as paid charity workers."
>
> Conger, 1973

At about the same time, the training of social workers moved from a model based on in-service, in social agencies, to one based on university training.

---

* Reviewer of this chapter: Richard F. Ramsay, Associate Dean, Faculty of Social Welfare, University of Calgary; and Executive Member, Canadian Association of Social Workers.

Initially, when the Canadian Association of Social Workers (CASW) was founded in 1926,professional social workers across Canada belonged to that Association as individual members; since 1975, CASW has been a federation of 11 provincial and territorial associations, representing within its own borders roughly 8,000 social workers in the country.

(b) Training Programs

The first school of social work was established in Amsterdam in 1899. On the North American continent, the first summer session in social work was offered in 1896 in the United States with the first eight-month social work program following in 1904; and the first Canadian school to admit students was the University of Toronto, in 1914.

There are now 26 schools, faculties, and departments in Canada, designated as "accredited schools" or "provisional members", through their affiliation with the Canadian Association of Schools of Social Work (CASSW), the national standard-setting body. The forerunner of CASSW, established in 1967, was the National Committee of Schools of Social Work, which had existed since 1948.

In addition, through a high degree of co-operation with the Council on Social Work Education (CSWE), New York, Canadian schools received accreditation of their programs. It was only with the initiation of CASSW as a voluntary, national, non-profit association of university faculties, schools, or departments offering professional education in social work, that Canadian accreditation standards and criteria were established. (CASSW 1979) It should be noted that more than 50 years of liaison and co-operation among social work academics, internationally, has led to a remarkable degree of agreement as to what constitutes a core curriculum in social work education in whichever country it may be taught.

Most Canadian social work schools offer undergraduate and graduate degrees: the Bachelor of Social Work (BSW) degree, known within the field as "the first professional degree", and the Master of Social Work (MSW) degree. Only the University of Toronto offers a program of studies leading to a doctoral degree in social work (DSW); two other schools propose to offer a doctorate of philosophy in the near future: Wilfred Laurier University Faculty of Social Work and the University of Calgary Faculty of Social Welfare.

There exist, as well, community college programs in social services, leading to a diploma or certificate. Usually of two years' duration, these produce graduates who work in direct social services, usually under the supervision of a university-trained social worker. Although there is not currently a national or international accreditation body for these training programs, most have an active liaison with schools of social work in their region, to provide an educational ladder for those wishing to continue formal studies in social work.

In general, the BSW requires four years of study, with an additional year or two for completion of the masters degree. Some students may enter BSW or MSW programs with a prior undergraduate degree (usually, a Bachelor of Arts with a major in the social sciences) although they may be required to take a qualifying year, particularly for graduate admission. Doctoral studies, undertaken in Canada or in the United States, usually require two to three years in residence plus a variable period of time to complete the required dissertation; the Canadian average is five years from the time of commencement of studies. As is true for all professional schools and at all levels of their programs, admittance is gained by superior academic achievement (as measured by grade point average), personal suitability, and, where possible, evidence of work experience or substantial volunteer experience in the field in which studies are to be undertaken.

Professional social workers work in a variety of settings including: child welfare organizations; group homes; neonatal intensive care units of active treatment hospitals; probation services; United Ways and social planning councils; policy and planning secretariats of major provincial and federal social programs; law reform and human rights organizations; boards of self-help groups and agencies; institutions for the physically and mentally disabled; services for the aging and elderly; youth drop-in centres and street agencies; academic institutions; personnel departments in major industries and businesses; and treatment organizations for those suffering alcoholism and drug addiction.

II BODY OF KNOWLEDGE

Social work, like other professions, does not have an exclusive "corner on the knowledge market"; What is unique to social work is its perspective on people's problems in living, the solutions to those problems and, therefore, the body of knowledge required to sustain work from that perpective. Social workers take a broad view of problems that focuses on the inter-connectedness and interdependence of individuals with their society, believing that "private troubles" and "public issues" are intimately related. The knowledge base, therefore, is derived from research about individuals and society and, more importantly, about the dynamic relationship between the two (where general systems theory is a key principle).

(a) Core Subject Matter

Most social work education assumes a "two plus two" arrangement in BSW programs, i.e. a minimum of two years of (liberal) arts education in relevant areas (psychology, sociology, anthropology, political science and economics) followed by two years of more specialized subject matter which reflects the perspective of social workers that individuals and their society are interdependent.

There is international agreement on the knowledge base of social work and the core subject areas are: human growth and social environment; social policy; social welfare administration; research methodology and design; supervised practice or field work experiences; and, methods courses in the application of and integration of the learned knowledge base.

In addition, most Canadian education programs consider an interviewing and communications course an integral part of the curriculum.

(b) Specialized Subject Matter

Graduate and post-graduate education provide opportunities to specialize in a particular area (casework, group work, policy and administration, community organization, and research are the traditional forms), or in a given field of practice (child welfare, education and social work--social work services in schools, gerontology, social work in health settings), or in a particular methodology (family therapy, behaviour modification, social planning, locality development, supervision).

The emphasis on research in social work is demonstrated by the requirement that all graduates must have successfully completed research courses in the arts portion and/or in the core social work portion of studies. The goal, mainly, is to train social workers to be good consumers of research and, secondarily, to design and conduct studies in their own profession, thereby fufulling the profession's commitment to evaluation, which is considered a core skill in all forms of social work practice. Because social work draws heavily on the information provided by psychology and sociology, it is important that social workers be able to judge the validity and worth of their studies.

III CLINICAL SKILLS

Social work practice has a generalist and a specialist component. For all forms of practice, the purposes, functions, foci, objectives, and values are the same, wherever that practice occurs. Further, knowledge base, methods and skills are a part of all practice, although they differ from one practice site to another.

Specializing assumes that a social worker, accepting and building on a common base of beliefs, purposes, foci, and objectives for the profession, has decided to pursue one of the basic functions of social work more than others; to confine practice to a particular methodology (for example, social planning or family therapy) or to a particular field of pratice (practice in a hospital or health care setting). Thus, specializing (including "clinical practice") implies a declaration of emphasis within the broad range of practice but never a denial of the complete range of social work functions.

The term "clinical skills" in social work is something of a misnomer, inasmuch as what one is really referring to is social work skills used in a "clinical" setting where the social worker works mainly with individuals, families and small groups, as opposed to working with large groups, institutions, organizations and communities. The social work research and literature of the seventies has underlined the commonalities of skills in all practice areas, and the integrated functions of social work.

(a) Functions of Social Work

Seven separate functions of social work have been identified. (Pincus and Minahan 1973) These functions, while they appear to be separate and distinct entities, in fact, are not. There is a high degree of interaction and inter-dependency among the functions and, taken together, the whole represents a greater entity than the sum of its parts. Each function, while separate and identifiable, does not tell one a great deal about the package-as-a-whole; it is the entire package that comprises the substance of social work practice.

When social workers talk about the functions of social work practice, they often use a term called "resource systems". These systems fall into three categories. The first is the "informal resource system" which refers to that set of linkages that most people in our culture possess, i.e. connectedness and a support network involving family and friends. These are the people to whom we turn for the nurturance of our daily emotional and physical lives. A second is termed the "formal", which refers to the more structured attempts people make to support one another (e.g. self-help groups, memberships groups, professional associations, unions). The third is the societal one, which comprises the largest attempts on the part of western industrialized democra-

cies to cope with common human needs. Examples of societal resource systems include health, education, social welfare, and justice/legal services. It follows that when social workers link people with systems that provide them with resources, servics and opportunities, they are linking human beings with other human beings in each of the resource systems identified.

Thus, the functions of social work include the following:

1. Helping people enhance and more effectively use their own problem-solving and coping capacities.

This is done via counselling which closely approximates the tasks and activities of psychologists and psychiatrists. Further, social work draws on the techniques of psychoanalytic theory and its derivatives: social learning theory; existential theory (more properly, a philosophy rather than a treatment technique); social systems theory; and (unlike psychology and psychiatry) certain economic and political theories.

2. Establishing linkages between people and resource systems.
3. Facilitating, modifying, and building new relationships between people and societal resource sytems.
4. Facilitating, modifying, and building relationships within resource systems.

These linkages, relationship, and interaction activities cover an inexhaustible list of items. Linkages may mean connecting a runaway adolescent with her family; organizing a national conference of deputy ministers of social welfare; referring an indigent client to a legal aid society in order to obtain counsel in a divorce application; arranging a workshop with the criminal law association to enable social workers to perform better in the role of expert witness; or recognizing a new client population (like "battered wives", parents of "foetal alcohol syndrome" children, or parents of "sudden infant death syndrome") and linking members of that client population for their mutual benefit and support.

Relationship and interaction activities may include family therapy with dysfunctional families; retreats and think-tanks; Nominal Group Process with a dysfunctional staff group in a social agency; getting a frightened senior citizen living alone to accept and welcome a daily telephone call on a "buddy" basis from a senior citizen self-help society; co-ordinating efforts of local, provincial and federal officials concerned with services to seniors to fund agencies (so that a "buddy" service can be offered in the first place); accepting referrals from paediatricians to organize special education services for a learning disabled child, and later, consulting with the paediatrician on strategies to persuade local school authorities to expend more funds on the diagnosis and remediation of learning-disabled children.

5. Contribution to the development and modification of social policy

Social workers manifest professional responsibility for contributing to social policy by working, often with others, for policy objectives. They call attention to unmet needs, gaps, dysfunctional social policies and legislation; design and promote the establishment of new services; co-ordinate and integrate existing societal resource systems; and influence and change social policy and legislation designed to alter the social conditions and restraints under which people live. (Pincus and Minahan 1973) Social Workers have involved themselves in "middle-range levels of policy change" rather than involving themselves in basic changes in the entire structure of societal institutions. It is their belief that fundamental social change is brought about in the political arena through political processes; while professions can offer technical expertise in

these processes, no one profession should have sole responsibility for an area which ultimately affects the lives of all people in a particular province, state or country. Social workers feel that failing to work on the development and modification of social policies and provisions for humans is to function from a stance alien to social work (that is, that the client is "the problem", or "the client is the author of his own misfortune").

6. Dispensing material resources

This function has traditionally been associated with social work: the involvement by social workers in the planning and implementation of a variety of social allowance and other income security plans. More subtle forms of this allocation of resources function include decision-making in which school social workers participate (e.g. to select students for limited space in special classes). Similarly, the selection, maintenance, and co-ordination of foster homes is an example of dispensing resources available to children.

7. Serving as an agent of social control

Tasks and activities include the supervision of people labelled deviant by society; investigation of complaints of abuse and neglect in child welfare matters; and licensing resource facilities to ensure that adequate care is provided to those in need.

Social work is a profession that is mandated by the society in which it exists; some social workers believe that the profession cannot exist outside of democratic countries and governments. Professions mandated by a society in turn reflect and validate societal beliefs, thereby becoming agents of social control. While this function is traditional, more subtle forms may not be obvious. Social workers note particular "therapeutic" techniques which may carry biases unfair to certain segments of society, and thereby conflicting with the code of ethics to which social workers adhere.

(b) Skills Unique to the Profession

The skill areas, in clinical social work practice, follow the series of skills established for all areas of social work. That the skills are manifested with varying degrees of finesse and intuition adds an element of art to this process.

Skills in "generalist" social work practice include assessing problems; collecting data (by direct verbal questioning, written questioning, projective verbal techniques, and use of existing documents); making initial contacts (including reasons for initiating contact and assessments of motivations and resistances to change); negotiating contracts (including a knowledge of consent versus informed consent; developing strategies and techniques for contract negotiations, and dealing with resistances thereto); forming and maintaining systems of action so that social workers may work in concert with others to engage in a planned changed process; exercising influence in change; intervening in the lives of individuals, groups, and communities through use of specific methods of intervention; and, finally, terminating and evaluating the change effort and disengaging from the particular set of relationships initially established to achieve that effort. The final skill is in stabilizing the change effort that has occurred, to prevent regression to a previous level of functioning, irrespective of whether the client system involved is an individual, a group, or a community. (Pincus and Minahan 1973)

In clinical practice, distinguished from generalist practice by its location or the size of the client system (individuals, families, and small groups), the clinical skills represent much the same typology although the language differs somewhat: study, diagnosis, and treatment; or assessment, planning, intervention, evaluation and termination.

Further, in clinical practice there is a greater tendency to focus on counselling, but never to the exclusion of the other functions.

(c) General Clinical Procedures and Treatment Programs

Most clinical social work is founded on a knowledge base borrowed more from psychology than from the sociocultural and socioeconomic sciences. Social workers, in this form of practice, refer to the users of their services as "clients" or "patients" (the latter if they are in health care settings) rather than as "consumers" or "citizens" (more commonly used in community practice).

Social workers take a client's comprehensive social history, and made judgments on the amassed data classified into social, psychological, cultural, economic, physical, and biological components. This classification results in an assessment of the entire person-in-situation constellation and indicates possible directions for change (i.e. intervention/treatement).

Social treatment requires a contract (informed consent) on the part of the client to such intervention. The goals of the treatment include the restoration, maintenance and enhancement of adaptive capacity, and facilitating adjustment to social reality. (Klenk and Ryan 1974)

A treatment strategy is selected which best fits that client's needs (and if the social work specialist does not have that technique in his interventive repertoire, referral to a professional who does is indicated). Intervention techniques are selected based on a (prior) analysis of their elements including: importance attached to present versus past versus future experiences as behavioural determinants; plasticity of behaviour (nature versus nurture); extent to which behaviour can be changed; kinds of behaviour which can and cannot be changed; consequences of behavioural change; importance of intrapsychic versus social influences on behaviour; amenability of a technique to scientific testing; presence of empirical evidence to support a technique; and absence of value conflicts in applying the technique. (Briar and Miller 1971, Whittaker 1974)

The treatment plan contracted with the client is then initiated. Most treatment is focussed (as opposed to non-directive), and seeks behavioural (rather than personality) change in a brief time-limited period in a climate where an accepting and empathic relationship is a foundation for action rather than a goal in itself.

Historically speaking, earlier treatment models based on psychodynamic formulations have given way to models based more heavily on social learning (problem-solving strategies: including task-centered practice, behaviour modification, reality therapy); systems or ecological models (systems approaches to family therapy); and neo-dynamic models (transactional analysis, for example).

Evaluation of any intervention is, in some ways, on-going; it is a formal part of terminating treatment undertaken toward goals agreed to by the client and social worker, at the outset of their contacts.

Specializations described above are based on variable therapeutic methodologies. Another way to specialize is by gaining specilized knowledge and skills required for work in certain micro-level settings. While a methodology may remain constant, the knowledge base specific to certain client populations varies considerably. For example, behaviour modification techniques and communication skills may be used with a group of parents learning parent-effectiveness training; convicted sexual offenders on a forensic ward of a mental hospital; a child in a special education classroom for the behaviourally-disordered; or parents who are child abusers. However the knowledge base required to work with these populations is highly specific.

IV RIGHTS AND RESPONSIBILITIES OF THE PROFESSION

(a) Autonomy Needed by the Profession

Social work possesses commonalities with other helping professions; and some distinct differences. Like other professions, social work has (in virtually all of the provinces in Canada, save two), a mandate to practise (legislated or under the aegis of a board of professions or a societies act).

A key distinction between social work and the mainline organized professions like law and medicine is that, while virtually all social work associations in Canada have control of specific titles for their members and registrants, (such as "Registered Social Worker") there is no professional social work association in Canada with complete control of practice as well as of the (assorted) titles. In many provinces people can refer to themselves as a "social worker" or may practise "social work" without fear of infringing on any law. This uneven distribution of powers, rights and obligations of the profession has led to confusion in the minds of the public, and to difficulties in relating to the mainline professions, particularly around issues which may, at times, remain unregulated by law (for example, issues such as sharing confidential information).

In most provincial social work jurisdictions the initials RSW, following a particular practitioner's name, indicates that practitioner has subjected himself to the full range of professional and civil legal responsibilities and is, therefore, subject to charges of malpractice and incompetence, as well as breaches of the Code of Ethics.

Social work most resembles law in the organization of its professional members; while no particular specialties are recognized by statute, members are allowed to confine their practice to specific areas but must, upon investigation, be able to justify why they, by virtue of experience and training, are practising in a particular area. Thus, the pattern in medicine (i.e. of specialties involving specific titles and entitlement) is not the model used by most social work associations in Canada to indicate to the public the characteristics of its practitioners.

Because of social work's connectedness with governmental and organizational forces, it is the profession's belief that it is important to demand a degree of accountability from policy makers and organizational experts who apply what policy makers and others have developed regarding institutional arrangements for helping people. It is for this reason that the social work profession has continued to demand accountability not only from direct service practitioners but also from those individuals who (while their job description may call them executive directors, managers, consultants) obtained their position by virtue of their social work training and are, therefore, still accountable to the social work profession for their professional performance of duties.

(b) Referral Systems

In social work practice in clinical settings, since social workers often work in teams with other professionals, in-house referrals are readily accepted between and among team members. For example, in a child guidance clinic, referrals to psychologists, psychiatrists, and psychiatric nurses are usually pro forma; in an education clinic, referrals to reading/education specialists, speech pathologists, audiologists, and psychologists are routine practice.

Referrals to disciplines outside of a multi-disciplinary setting, and acceptance of social worker's referrals by those other disciplines are, however, fraught with unpredictability, and varying laws, regulations and prerequisites for service. Many medical specialists will not and (depending on the exigencies of health care funding bodies) cannot accept referrals from social workers. Social workers, for their part, are sometimes seen as making unreasonable demands on physicians who have referred clients to them ("I am a family therapist and I will see only the entire family, not just the mother and child"). Referrals to public agencies (e.g. child welfare, income security organizations,) are accepted from all professions...and form the general public. Some services are available only in the public sector. Accessing a reading specialist, for example, may mean having to deal with a variety of levels of the education bureaucracy.

In general, it is safe to say that social workers who are registered/licensed/certified (thereby ensuring accountability in terms of ethics and conduct) have relatively little difficulty referring their clients to a variety of professions (language-speech pathologists, medical specialists, psychologists, etc.) as long as they have also developed a skill called "exercising influence". Their "exercising influence" translates as possessing real knowledge and expertness; having legitimate authority; possessing material resources and services; status, reputation, charisma, and "know-how" to establish and maintain relationships with their "professional family". (Pincus and Minahan 1973) This, however, can be said of any professional making a referral to another.

V SUBJECTIVE EXPERIENCE AND EXPECTATIONS OF THE PROFESSION

(a) Cooperative Services from Other Professions

Co-operation among professionals is a dream when it occurs, a nightmare when it does not...the terrors of which are borne by the client and to a lesser extent by the professionals concerned who are, presumably, less vulnerable.

In the intricacies and complexities of rehabilitation, the team approach is the preferred strategy. Referrals to other collegues who possess the skills a patient needs are facilitated quickly, avoiding costly delays associated with a series of sequential professional referrals. Working in close physical proximity with colleagues who share a common goal permit trusting relationships which promote security for patients. Team charting and record keeping produce current, readily available data useful to all professions involved. Thus a patient's varying needs may be met in one location, with a minimum of duplication of effort (particularly so in the data collection and assessment phases). The management of particular client populations may be distributed, depending upon the particular personal attributes and experiences of the individuals in a team. This differential use of manpower is simply not possible in non-team situations.

Rehabilitation teams are rewarding experiences for professionals, themselves, in addition to the increased quality of care for patients. The common commitment to high quality of care, a value system that prefers co-operation to competition, a history of working together as a group in good times and in bad, the cumulative gains and losses, are all experiences which strengthen bonds - highlights in one's career. The pooled energies of a well-functioning team are truly more than the sum of the contributions. Few who have sung with such a chorus wish to sing solo again.

(b) Areas of Conflict with Other Team Members

The real prohibitor to good teamwork is the tendency to view problems in team functioning as functions of the "personality" of one or more of the team members. The only solutions available then, of course, are to eliminate a team member, or to try to change the "personality" of the team member; neither step, predictably, engenders much support from the involved member. What is wrong is the failure to recognize that so many difficulties in team functioning are based on systemic variables (regulated lines of authority; tradition; varying case load sizes; differing societal sanctions; budget contraints) and not on the personalities of the individual practitioners concerned.

Another potential problem lies with practitioners, in any discipline, who do not have a deep and abiding acceptance and understanding of their own profession before entering into interdisciplinary practice. Unsure in their own profession-of-origin, they quickly become a hybrid professional, operating without societal sanction in fields for which they were never trained and doing a disservice to the field for which they were (allegedly) trained.

The problem for the latter decades of this twentieth century will not be which profession has rights, priorities, and responsibilities that supersede another profession but, rather, whether the professions, as collectivities which offend the psuedo-egalitarian instincts of a population currently unimpressed with the rigours of scientific investigation and self-discipline, will be allowed to survive through the forthcoming years.

(c) Issues Within the Profession

The major issues facing the social work profession, apart from the ones facing all professions (above), include:

1) the differential use of social work/social welfare manpower, i.e. what training level is required to perform which tasks?;

2) the need to make all trained social workers accountable in law for their practice, i.e. mandatory registration or licensing;

3) the maintenance and improvement of the health, education and welfare systems through negotiated and fair federal-provincial fiscal arrangements; and

4) careful attention, in social planning, so that certain principles of service delivery are maintained: universality within Canada, accessibility (including co-ordination, regionalization, decentralization and integration of services), and continuity of care.

(d) Rewards, Challenges, and Satisfactions

The challenges are many. The first is to understand, in the words of Agnes Denes, that "the universe contains systems, systems contain patterns (and)...the purpose of the mind is to locate these patterns and to seek the inherent potential for new systems of thought and behaviour." This "location of patterns", as it were, is the challenge to social workers in all forms of practice.

The second challenge to social workers is to maintain this creativity and innovation, research and development, in a climate currently beyond the expansionist programs of the sixties, when the current theme is "making do with (comparatively) less".

A third challenge is to find in one's own profession and in the other professions those persons of like mind and competence who envision a better world and are willing to undertake the work to make it so. The energy manifested by such a "community" sustains and enriches its members and makes possible the most difficult of undertakings.

The rewards of social work lie in meeting the above-named challenges.

REFERENCE MATERIAL FOR THE PROFESSION

a) The Code of Ethics of the Canadian Association of Social Workers (CASW) is available from the CASW national office: 55 Parkdale Avenue, Ottawa, Canada K1Y 1E5

b) A list of the Canadian faculties and schools of social work is available from the Canadian Association of Schools of Social Work national office: 151 Slater Street, Ottawa, Canada K1P 5H3

Chapter 10 SPEECH PATHOLOGY AND AUDIOLOGY*

Jean F. Walker, Krista Riko, and Mary B. Cardoso

PREAMBLE

Disorders of communication, manifested through language, voice, hearing and speech problems, are estimated to afflict at least ten percent of the population. Over two million Canadians, therefore, suffer from communication disorders. Their effect on individuals can be profound and the cost to society considerable. Speech pathology and audiology are concerned with prevention, diagnosis, and management of these disorders; and related research.

Since both audiology and speech pathology are concerned with aspects of communication and its disorders, they cannot be viewed entirely separately; both share a common core of knowledge and interest: human communication. The relationship between the two disciplines is reflected in their historical development, professional organizational structure, and structure of educational programs. There are, however, some major distinctions. These distinctions lie primarily in the specialized areas of knowledge which pertain to each discipline and in the scope and focus of professional practice. The commonalities and differences between the disciplines are central to the issue of whether speech pathology and audiology are, in fact, one profession or two professions (Byrne, 1980; Feldman, 1981; Goldstein, 1970, 1981; Greenberg, 1980; Rees, 1981). While the position of the authors is that they are two professions in practice, their common base in the broad sense warrants their consideration together in the context of this report.

I. HISTORICAL DEVELOPMENTS AND WORK ENVIRONMENTS

(a) History

The existence of communication disorders and attempts to alleviate them have been recorded from ancient times. Hearing loss, for example, is among the oldest disorders known to man. As early as 1550 BC Egyptians wrote about the management of hearing disorders, and 1000 years later Hippocrates reported a case study relating skull trauma with subsequent deafness (Feldman, 1970). Clay tablets of Mesopotamia and biblical writings give testimony to the presence of stuttering many centuries ago (Van Riper, 1982). It was not until the 20th century, however, that formalized professions emerged having primary responsibility for diagnosing and managing communication disorders.

---

* Reviewers of this chapter: John Gilbert, Ph D, University of British Columbia, Vancouver; Paul Kileny, Ph D, Glenrose Hospital, Edmonton; Elaine Pressman, Ph D, Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa; Andrée Durieux Smith, Ph D, Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa.

The authors thank the provincial speech and hearing associations across Canada for providing relevant professional information, through the Provincial Associations' Questionnaire Survey.

In North America, the speech pathology and audiology professions developed first within the United States. Investigatory work into communication disorders was initiated within university departments of experimental psychology, medicine, and education during the first decade of this century. Early development of clinical programs took place in the public schools and universities. At the time of the establishment of the first national professional organization in 1925 (the American Academy of Speech Correction), services for the speech impaired were already being provided in some of the major cities. During the following decades, clinical services expanded into other facilities, into veterans' hospitals, and community agencies, for example, in response to changing community needs and broadening of professional interests. Audiology which is younger than speech pathology, emerged as a profession in the United States in the mid 1940s to meet the needs of veterans who had sustained hearing impairment in military service in World War II. Recognition of audiology as a discipline was made by the inclusion, in 1947, of the word "hearing" in the name of the professional organization which became "The American Speech and Hearing Association" (Boone, 1977; Yantis, 1976).

Although schools for the deaf have existed in Canada since the mid 19th century, the first clinical services for the communicatively handicapped were not established until the 1930s when clinics were opened in Quebec, Ontario, and Manitoba (Clarke and Kendall, 1976; Eldridge, 1968). The majority of services, however, were developed two decades later. Most of the early beginnings in Canada were through departments of health and hospital facilities, with only one province initiating services through a board of education. This contrasts with the early development of services in the United States which took place mainly within the public school system. In nearly all provinces, the period of greatest expansion of services in both speech pathology and audiology has been in the latter half of the 1970s, although audiology services were initiated at a later date than those of speech pathology. In fact, a questionnaire to the provincial associations* (hereinafter referred to as The Provincial Associations' Questionnaire) indicates that in at least 60 percent of the provinces, expansion of services is ongoing. Such developments are encouraging and reflect a greater awareness of the needs of the communicatively handicapped.

The latter half of the 1950s saw the development of several provincial speech and hearing associations in Canada**: Quebec in 1955; British Columbia in 1956; Manitoba, Ontario and Saskatchewan in 1958. Professionals in New Brunswick, Nova Scotia, Prince Edward Island and Newfoundland were originally together in the Atlantic Provinces Speech and Hearing Association which was established in 1965. However, the increased number of speech pathologists and audiologists working in the Maritime provinces has now given rise to the development of independent associations for each of these provinces: the New Brunswick, Newfoundland and Nova Scotia associations having been established in 1978; and the Prince Edward Island association in 1980.

The national professional organization, The Canadian Speech and Hearing Association, was founded in 1964 by a small group of speech pathologists in response to the need for a unifying representative professional organization at the national level (Eldridge, 1968). The Association was ultimately incorporated in 1975 and the following year presented its first annual convention.

---

*This questionnaire was developed by the authors in preparation for this chapter and sent to the presidents of all provincial speech and hearing associations in Canada. A response rate of 100 percent was obtained.

**The Alberta association was established in 1964.

Membership in the Association had risen dramatically in the last ten years, from 83 members in 1971 to 962 in 1981, and during the last year alone, the membership increased by 19.5 percent. From its modest beginnings, the Association has evolved into a viable organization which addresses a broad range of issues relating to service delivery for the communicatively handicapped and to the professionals who provide this service (Roberts, 1981).

In conclusion, recognition should be given to those who contributed to this development. Prior to the establishment of Canadian programs in the disciplines, a few Canadians sought professional education elsewhere and returned to Canada to establish some of the earlier services in the country. Since the inception of Canadian programs, Canadian graduates have played a major role in the advancement of the disciplines and now make up a substantial proportion of the work force. However, early development was, of necessity, undertaken by professionals from other countries particularly those of Great Britain and the United States. These professionals have continued to make a strong contribution to the development of the professions in Canada and have brought a diversity of experience and background to the delivery of services and to university programs, which is perhaps unparalleled in any other part of the world.

(b) Training Programs

Professional education in speech pathology and audiology has been offered in Canada since 1957 with a masters degree program at the Université de Montréal. In 1958 a two-year postgraduate diploma program was established at the University of Toronto. Subsequently masters degree programs were established at McGill University in 1963; the University of British Columbia in 1969; and the University of Western Ontario in 1974. Four-year baccalaureate programs were established at the University of Alberta in 1968 in speech pathology, and at the University of Western Ontario in 1970 in audiology and speech pathology. In 1978 the University of Toronto inaugurated a masters degree program in speech pathology, concurrently phasing out the postgraduate diploma. There are now an estimated 850 speech pathologists and audiologists trained in these university programs, almost all of whom are Canadians.

The focus of university programs has been to provide professional education to meet urgent service needs. Some programs offer a research masters degree in addition to professional education; and opportunities for doctoral studies, while limited at present, are being expanded. In those universities where a professional masters degree is offered and there is no undergraduate program, entrance is from an academic discipline rather than from an undergraduate program in speech pathology and audiology. This is one of several differences which exist between Canadian programs and their counterparts in the United States and in Europe (Gilbert, 1979).

While Canadian programs share the same major goal (preparation of competent professionals) differences in the structure and approaches exist, with diversity considered to be healthy and viable. Clarke and Kendall (1976) state there is a commonality of competencies in graduates and all programs have a strong internship or practical component.

Notwithstanding these differences Canadian programs have maintained a unique collaboration since 1970, when the seven program directors began to meet annually with the group being formalized, in 1979, into the "Canadian Council of University Programmes in Speech-Language Pathology and Diagnostic-Rehabilitative Audiology". The significance of this collaboration to the effectiveness of professional education is expressed in one of the program's brochures which states that "...the

School of Audiology and Speech Sciences has developed (and continues to adapt) its program, based on dialogue with the other six training programs in Canada, and with audiologists and speech/language pathologists working in the field...." (University of British Columbia, 1981).

(c) Work Environments

Audiologists and speech pathologists are employed in a variety of settings including general, paediatric, psychiatric and chronic care hospitals; schools; community agencies; public health and social service departments; and special centres (particularly rehabilitation centres, centres for the physically handicapped, centres for the hearing impaired and Workmen's Compensation Boards; and industry and universities). The Provincial Associations' Questionnaire indicates that, whereas there are some geographical variations, for both speech pathologists and audiologists the major employer is hospitals. For speech pathologists, in half the provinces school boards are a major employer in addition to hospitals; in three provinces a significant number are employed through departments of public health. While the majority of audiologists are employed in hospitals, many work through government agencies. Relatively few audiologists, are employed through boards of education. A few speech pathologists and audiologists are in private practice.

Administratively, speech pathology and audiology services are organized through a variety of structures within institutional settings. Some audiology and speech pathology services are administered through departments in a related specialty such as otolaryngology, rehabilitation medicine, neurology and paediatrics, the majority of audiology services being delivered through departments of otolaryngology. In other instances, services are provided through independent departments of both speech pathology and audiology, or in some cases in combined departments of both disciplines. Such independent departments provide a mechanism for ensuring that relationships are established with professionals in a broad range of disciplines.

II. BODY OF KNOWLEDGE UNIQUE TO THE PROFESSIONS

(a) Subject Matter

The subject matter for the professions is communication and its disorders. Communication disorders can be divided broadly into speech, language, voice, and fluency disorders, primary areas of specialization for speech pathologists; and hearing disorders, the primary area of specialization for audiologists. It should be stressed that, whereas for analytic purposes of identification and description communication disorders are classified into distinct categories, because of the complex nature of communication processes one or more of these disorders frequently coexist empirically in a complex relationship.

In speech pathology, various classification systems are in use to identify and describe communication disorders and there is little commonality between them (Nation and Aram, 1977). We have elected to use the classification framework outlined in the report "Clinical Guidelines in Language-Speech Pathology and Audiology" (Department of National Health and Welfare Canada, 1980) as a basis for identifying these disorders. Disorders of language involve varying degrees of difficulty in receiving, processing, interpreting, integrating, formulating, and expressing symbolic information. These difficulties find expression through one or more of the phonologic, morphologic, syntactic, semantic, and pragmatic parameters of the linguistic system. Developmental language problems in children and acquired aphasia in adults are examples of these disor-

ders. Disorders of speech sound production involve phonetic distortortion, omissions or substitutions of sounds. Examples are: articulation problems associated with neurological conditions (dysarthria), and "functional" articulation disorders in children. Disorders of voice may involve disturbances of frequency, intensity, duration and quality. Examples include hoarseness and loss of voice, and puberphonia, a failure of the male voice to lower in pitch in adolescence. Disorders of resonance are closely related to those of voice and are sometimes classified as voice disorders. The most common example is that of excessive (hyper) nasality, associated with a number of conditions particularly those relating to disturbances in velopharyngeal closure problems. Disorders of fluency, the most common of which is stuttering, involve disturbances of rate, timing and prosodic features of speech production. Stuttering is manifested in a variety of ways including repetitions and prolongations of sounds and words, difficulty in initiating speech, tension or tremour in the musculature used for speech, and avoidance, struggle, and escape behaviours.

Disorders of hearing are commonly described by severity of hearing loss (mild, moderate, severe, profound or total) and by the site of lesion within the auditory system. Hearing loss categorized according to site of lesion is designated as conductive (due to disorders of the external or middle ear, or both), sensorineural (due to disorders of the cochlea or auditory nerve, or both) or mixed. Hearing loss which can be stable, progressive or fluctuant, may be present in one ear (unilateral) or in both ears (bilateral). For example, hearing loss due to fluid in the right middle ear producing a minimal hearing loss would be described as a unilateral mild conductive hearing impairment. In addition to such disorders of the peripheral auditory system, central auditory disorders can occur which result from lesions in the brainstem or higher central nervous system auditory centres.

The manifestations of hearing loss vary according to degree and type of hearing loss, duration of impairment, and status of speech and language development when the hearing loss occurred. For example, mild hearing impairment can have subtle effects, such as difficulty in hearing sounds at a distance or in understanding speech in the presence of noise. The presence of a moderate loss is more apparent, however, because the patient has considerable difficulty in hearing speech at normal loudness levels. A characteristic of some types of hearing loss is an inability to understand speech, even when it is loud enough. Hearing loss may be manifested through varying types of language, speech, voice, and resonance problems particularly if the loss is severe or profound and has occurred prior to the development of speech and language.

Communication disorders may result from one or more of the following factors, occurring singly or in multiple interactions: disease processes, physiological dysfunction, disturbed interpersonal relationships, interruption of the learning process, emotional disturbance, structural deviation, and various environmental and sociological forces often obscure or entirely unknown. Furthermore, whereas a communication disorder develops during an individual's life, in some instances the determinant condition may be present before or at birth (as for example, in cases of cleft palate or hearing loss).

Since communication is central to the individual and his relationship to society, a disorder may be one of the most disabling of human handicaps. These can affect the social, psychological, educational, vocational, and economic spheres of a person's life (Van Hattum, 1980; Schein and Delk, 1974). The resulting handicap can be disproportionate to the extent of deviation from normal communication behaviour; an apparently minor disorder can constitute a major handicap. For example, a mild hearing impairment may be of little consequence to a farmer; the same hearing impairment may impose a real handicap for an aircraft pilot. The attitudes of the communicatively handicapped with those of others (family, friends, society) can have a profound effect on

how the disorder is perceived, sometimes becoming a major determinant in its development, resolution or rehabilitation.

The study, diagnosis and management of communication disorders requires a knowledge of both normal and abnormal communication processes. Normal communication and its processes require a knowledge of cognitive, psychological, developmental, anatomical, physiological, perceptual, acoustic, linguistic and sociological parameters. Disorders of communication require knowledge of their manifestations and their physical, pathological, psychological, linguistic and sociological correlates and principles, strategies and techniques for their prevention, diagnosis and management. This information base includes the application of knowledge from a number of related disciplines to the understanding and remediation of communication disorders. These disciplines include anatomy, physiology, acoustics, linguistics, physics, electronics, engineering, psychology and education as well as related specialties in the medical, dental and social sciences.

The emphasis of the knowledge base differs, of course, between audiology and speech pathology because of their respective areas of specialization. The relationships of communication processes are such, however, as to preclude clear cut distinctions between these disciplines, as discussed earlier. Some hearing problems, for example, result in disorders of speech and language and the assessment of language problems involves the evaluation of auditory competence. The interrelationship and the distinctions between audiology and speech pathology, both in the knowledge base and in the function of the disciplines, will become more apparent in the discussion of clinical practice.

(b) The Research Base

Outstanding progress has been made, particularly in the last two decades, in our knowledge of human communication and its disorders since earlier research initiated over half a century ago. Linked to progress in allied fields of study, there now exists a distinct body of knowledge which provides a solid base for the understanding and remediation of communication disorders. Since knowledge of normal speech, language, and hearing processes is fundamental to this understanding, extensive research has occurred in these areas. Examples will be cited from two areas, hearing and language.

Until the mid 1920s little was known about how the auditory system changed the physical dimensions of sounds into listening experiences. Subsequent research into such areas as electrophysiological correlates of auditory perception, middle ear impedance mechanisms, biochemical and biological factors of inner ear function, have increased our understanding of hearing processes. These gains in knowledge have made possible advances in early detection and diagnosis of hearing loss (through the development of more sensitive testing techniques such as electric response audiometry); in remediation procedures (through the refinement of auditory prostheses); and in the understanding of the impact on the auditory system of noise, drugs and various diseases. Contribution to these advances have been made by scientists in engineering, biochemistry, physiology, psychoacoustics, mathematics, physics and psychology (National Institute of Health, 1979).

The study of language has historically been primarily the concern of the linguist, the psychologist and, more latterly, the psycholinguist. Their research has been directed to descriptions of the phonological, syntactic, semantic and pragmatic aspects of language, in order to explain these observations in terms of biological, psychological and social principles. Studies of child language and language development have broad implications for the speech pathologist and audiologist. Since the first studies of child language applying rigorous techniques of linguistic

analysis were done in the early 1960s, data have accumulated rapidly. Much of the earlier work concerned acquisition of syntax and development of phonology. Later, interest focussed on development of the child's semantic system. Currently studies are done on the development of communication in context, that is, how the child learns to apply his language skills in various social and interactive roles (Rees, 1980).

The neurophysiological and biochemical substrates of normal language processes have also been receiving increased attention. Relevant studies have been assisted through the development of more refined diagnostic techniques such as the computerized axial tomograph (CAT-scan) and positron emission tomography (PET). These investigations have led to improved understanding of brain mechanisms in both normal and disordered language.

These examples illustrate only a few areas of investigation into normal communication processes. Reference has not been made, for example, to the considerable research being done by speech and hearing scientists, acousticians, speech pathologists, physiologists and others towards an understanding of the complex processes involved in the speech production mechanisms (phonatory, resonatory, articulatory and feedback mechanisms). The research discussed at the United States-Japan Joint Seminar on Dynamic Aspects of Speech Production is an example of such investigatory focus (Sawashima and Cooper, 1977).

The report of the panel on communication disorders (National Institute of Health, 1979) discusses the status of current research in communication and its disorders and delineates directions for future research. Some examples of needs cited by the panel include: further exploration into the nature of second language acquisition (pertinent to those patients acquiring English as a second language); the study of sign language and its relationship to the normal language code (significant to understanding normal language and selection of appropriate remedial measures for those unable to acquire it); further investigation into speech perception (a process still little understood); and investigation into the response properties of auditory nerve fibers (critical to the design of effective auditory prostheses).

Communication disorders have also received considerable scientific attention. Speech pathologists, audiologists and scientists in related disciplines have extended the knowledge base in the area of communication disorders. The methods and focus of this research have changed over the years reflecting the evolution of the knowledge base, the influence of collateral developments in related sciences, societal shifts in philosophy towards scientific enquiry, as well as the professions' own response to societal conditions and needs (Abkarian, 1977; Moore, 1977, and Rees, 1979).

To summarize the vast quantity of research in communication disorders would be impossible in this chapter. Generally, research has addressed diverse aspects of these disorders: their incidence and prevalence; their physical and behavioural manifestations; their cognitive and affective correlates; social, educational, and environmental factors; and diagnostic and remediation procedures. Special mention is made, however, of the impact of technological developments on the study of both normal and abnormal communication. Computers for example, have made revolutionary changes to diagnostic procedures in audiology and to auditory research, which has influenced the development of electronic aids for the neurologically handicapped. In addition, different parameters of speech production and perception can now be more definitively studied through computer assisted techniques. The introduction of new instrumentation and techniques (such as the fibrescope, electromyograph, dynamic palatography, and radiography), for the observation and measurement of physical parameters of speech production, has facilitated new insights into both normal and disordered speech and opened new avenues for future research. Such advances have improved immeasurably the management of communication disorders.

While major advances have taken place in speech pathology, audiology and related fields, the gaps in knowledge are considerable. Some current areas of need, appropriate to this publication on interdisciplinary relationships in the health field, follow.

A major need is for definitive studies to determine effectiveness of treatment procedures. Many treatment methods in current use have not been subjected to formal evaluation. There are obvious implications to the patient, to provision of cost efficient services, and to professional credibility with other disciplines. Systematic clinical research is needed to evaluate and compare the effectiveness of treatment procedures with specified populations. Such systematic investigation should also be applied to the selection, applicability and use of the numerous communication aids now available (for example: signalling boards, message monitoring and recording systems, artificial larynxes, hearing aids). Increasing attention is being directed towards such issues in the literature (Boberg, 1981; Enderby and David, 1976; Gregory, 1979; Silverman, 1977; Riko, Cummings, and Alberti, 1979).

A critical facet of health care delivery is identification of children at risk for communicative disorders. Criteria for determining high risk groups and development of sensitive diagnostic techniques for their detection is essential. This is as important for language, speech, and voice problems, as it is for hearing impairment, where important advances have already been made. Such advances will have profound implications for the future quality of life for these children as well as for health and education costs to society. More information is needed about early detection and prevention procedures and planning formalized programs for their implementation (Van Hattum, 1980; Gerber and Mencher, 1976).

There is a pressing need for an extension of multidisciplinary approaches, for example in the development of prosthetic devices for the hearing impaired (hearing aids and implants); and in language disorders. The Report of the Panel on Communicative Disorders (National Institute of Health, 1979) states "The past decade of research has made clear that human verbal communication can no longer be productively studied in isolation from cognitive, social and physiological developments. The complexity of verbal communication, length of the acquisition, the base of its origin, and a variety of disorders documented to date require broad based, interdisciplinary research efforts in the future."

While the future of both basic and applied research in human communication and its disorders appears to require a multidisciplinary approach, it should be recognized that, although other disciplines contribute, the holistic insights which are properly the province of the speech pathologist and audiologist are essential to the effectiveness of this research. Audiologists and speech pathologists must take a leadership role in advancing knowledge of human communication and its disorders.

III. CLINICAL SKILLS UNIQUE TO THE PROFESSIONS

(a) Speech Pathology

The report "Guidelines for the Practice of Language-Speech Pathology and Audiology" (Department of National Health and Welfare, 1982) defines the language-speech pathologist* as a professional engaged in the prevention, evaluation, treatment, and management of language, speech and voice disorders.

Assessment and diagnosis of these communication disorders encompass psychological, social, cultural and cognitive facets of the disorder in addition to an assessment of the parameters of the communication problem itself. Assessment begins with a case history which, in addition to development of the problem, includes an exploration of the relevant health history; the social, emotional, educational or vocational status of the patient; and evaluation of the impact of the disorder on the patient and family. A case history exploration differs according to the nature of the problem and age of the patient. In the assessment of the child, for example, a developmental history including details of motor, sensory, cognitive, prelinguistic and linguistic development, in addition to a speech and language history, will be essential to understanding the child's total problem.

Assessment of communication includes parameters of language and speech comprehension and performance. Many procedures are used in the evaluation and description of communication skills, including the use of standardized tests developed to examine specific communicative abilities, and various types of instrumentation. Certain diagnostic measures utilize nonstandardized approaches, such as the linguistic analysis of a language sample. Some procedures are used routinely in evaluation; others are used selectively at the clinician's discretion.

Areas of investigation include the oral peripheral mechanism; hearing and auditory behaviour; receptive and expressive language (involving an analysis of the form, function and use of language including a determination of the patient's syntactic, morphologic and semantic abilities); phonology and articulation (involving an analysis of correct and incorrect phonemic usage and the ability to use the phonological system); the vocal mechanism (involving qualitative and quantitative measurements of voice quality, pitch and loudness and including assessment of respiratory function, voice onset time and airflow); fluency (involving an analysis of the rate, rhythm and timing characteristics of speech including the frequency, type, locus and duration of dysfluencies). In concluding the assessment, speech pathologists integrate the findings with those from other disciplines where applicable and determines those factors which have significance for the development and maintenance of the problem. If there is a need for consultation, referrals are made. Following these steps a plan of management is formed.

Diverse treatment procedures and therapy approaches are used by the speech pathologist, ranging from formalized programmed instruction (Costello, 1977) to less structured individually programmed approaches. Certain approaches include the use of instrumentation for the analysis, measurement

---

* It should be noted that the titles language-speech pathologist and speech-language pathologist are being used with increasing frequency in order to stress the speech pathologist's role with language disorders.

and modification of various parameters of speech and language behaviour. In those cases where severe disability exists, an alternative communication system must be provided for the patient. Whatever the approach, all include the application of learning principles and take into account those social, psychological, motivational and environmental factors significant for the disorder and its resolution. Ultimately, the choice of approach rests with the clinical judgement of the speech pathologist in charge of the case.

Speech pathologists frequently counsel families, surrogates and other persons associated with the patient. In certain cases, this approach may be the sole method of treatment as, for example, in the case of a young child beginning to stutter where the modification of attitudes and of the communicative milieu by family members can effect a total remission of the problem. Speech pathologists also interpret the patient's problem and status, and work collaboratively with community agencies and professionals in allied specialties as well as with others directly involved with the patient. Examples include contact with the ward nurse for the aphasic patient, with the school teacher for a child with a language disorder, and with the employer for an adult with a stuttering problem.

Treatment procedures must be carefully documented, periodically reevaluated and changes made as indicated. Speech pathologists have to be sensitive to the need for adjusting treatment approaches and priorities in accordance with the patient's response and the special conditions existing at any one time. If, for example, a child with a language learning disorder is not making the expected progress in a particular program, a return to the rehabilitation team for review, reconsideration and further assessment is clearly indicated.

Treatment may be provided on an intensive or nonintensive basis and through individual or group therapy. Intensive programs can extend from two to three weeks to a period of a few months. Whatever the treatment structure, an essential component is the adequate evaluation of treatment outcome and the follow-up of patients over time.

The complexity of communication disorders and the extent of new knowledge now available through research have led to increasing specialization within speech pathology. Many speech pathologists have developed expertise in one particular aspect of communication disorders, including the neurologically based disorders of communication, voice disorders, and communication problems associated with learning disabilities. The extensive and specialized body of knowledge in such areas has led to the development of discrete diagnostic and treatment approaches. Whereas there is currently a trend toward such specialization, many speech pathologists still work with a wide variety of communication problems.

(b) Audiology

The audiologist is the health professional whose primary concern is with the identification, evaluation,and rehabilitation of those with auditory disorders.

Identification and evaluation of auditory status is a fundamental skill of the audiologist in that such knowledge is a pre-requisite for the management of the hearing impaired. All audiologists are competent in the administration and interpretation of a battery of audiometric procedures stimuli (degree of hearing loss) or with the differentiation of conductive, cochlear, mixed or retrocochlear lesions (site of lesion). To perform these tests a variety of electroacoustic equipment, such as an audiometer, in a sound-proof suite is used. The audiologist has the responsibility for the maintenance and calibration of all audiologic equipment in accordance with

the appropriate international and Canadian specifications (Department of National Health and Welfare, 1982).

The procedures which comprise the test battery are numerous. The type, sequence and number of tests administered in the audiologic test battery are determined by the nature of the clinical problem and test outcomes. Some procedures are elementary, require basic clinical instrumentation, and take only a few minutes to perform with a co-operative patient (for example, a pure tone threshold measurement in a normal adult).

If an auditory disorder is detected, more complex procedures are required to quantify and localize it. Such advanced procedures may require sophisticated instrumentation, and specialized experience and expertise on the part of the audiologist for their administration and interpretation. These procedures may take one to two hours to complete. Electric Response Audiometry (ERA) which is an example of such a procedure, is based on computer-averaged EEG changes in response to sound. ERA has made possible the measurement of hearing status in populations such as neonates and cases of suspected non-organic hearing loss, who are untestable by less sophisticated methods, and the more precise audiologic detection of neurologic lesions (Picton, Stapells, Campbell, 1981).

In assessing very young or severely handicapped children, geriatric patients or neurologically impaired adults, the usual methods may have to be modified or special techniques used. Behavioural observation audiometry and play audiometry are examples of techniques used in the assessment of young children. An abbreviation of clinical procedures may be necessary when evaluating the elderly or severely handicapped adults to take into account such factors as reduced attention span, fatigue, and physical disability. Audiologists who work with such populations must be thoroughly familiar with the diagnostic test battery, and be capable of judging what information should be obtained first and modifying their clinical approach accordingly.

Aural (re)habilitation is the other major clinical skill of the audiologist. Aural (re)habilitation refers to the "alleviation of the physiological and psychological problems asssociated with hearing impairment" (Clarke and Kendall, 1976). It encompasses, for example, the selection and fitting of appropriate amplification and other devices; counselling of the individual and the family; provision of speechreading and auditory training; and referral to other professionals for assessment or management of any psychological, social, educational or vocational problems. The management of a particular patient can include any or all of these facets of aural (re)habilitation.

There are major differences in the audiological management of children whose hearing loss is present before the acquisition of speech and language (habilitation) and management of those (usually adults) whose hearing loss is sustained after speech and language acquisition (rehabilitation). The habilitation process is more complex than the rehabilitation process, because in the case of habilitation, communication skills have to be learned in the absence of the major channel for speech and language development, audition.

Whereas all audiologists have skills in the diagnosis and (re)habilitation of hearing loss, the focus of professional practice varies with the work environment and the nature of the presenting clinical problems. The majority of audiologists in Canada work in medical settings, where the focus of practice is on diagnostic procedures and (re)habilitation is usually limited to selection and evaluation of amplification devices. Extensive aural (re)habilitation programs are carried out in some medical settings but are not common.

Audiologists who work in medical settings, particularly in university-affiliated hospitals, are also frequently involved in the teaching of medical personnel and providing inservice training for staff in related disciplines.

The clinical practice of audiologists in (re)habilitation environments has a different focus. For example, audiologists employed by agencies for the hearing impaired or provincial hearing aid dispensing programs, are usually more involved with provision of services such as community outreach programs, dispensing of hearing aids, and aural (re)habilitation, rather than with diagnostic audiology. Professional activities of these audiologists must of necessity be broadly based to meet the varied needs of the hearing impaired.

Audiologists employed in boards of education are involved in the educational management of hearing impaired children at pre-school and school level. These audiologists initiate, supervise and provide follow-up services for school hearing screening programs. They also provide counselling and amplification together with programs for the monitoring and maintenance of amplification devices. The development and implementation of aural rehabilitation programs to complement a particular child's academic program is an important aspect of the educational audiologist's role.

Other audiologists are concerned with the problems of noise-exposed workers in industry. These audiologists may perform extremely detailed, accurate auditory assessment for industrial compensation purposes in compensation centres or in hospitals; or be involved in hearing conservation programs in industry. Frequently, such audiologists have a teaching role in the education of health and safety personnel, workers and management concerning the effects of noise, and the need for proper use of hearing protection devices. In addition to diagnostic and rehabilitation skills, industrial audiologists must be conversant with noise measurement devices, work environments, and pertinent standards and regulations.

For a more detailed description of the clinical responsibilities of the audiologist, refer to the report "Guidelines for the Practice of Language - Speech Pathology and Audiology", 1982.

IV. SUBJECTIVE EXPERIENCE AND EXPECTATIONS OF THE PROFESSIONS

(a) Relationships With Other Professionals

Strong collaborative relationships with professionals in a number of disciplines is required for effective identification and management of communication disorders. Many disciplines with whom audiologists and speech pathologists interact are formally represented in this book and others have been referred to in the earlier discussions.

The nature of the professional interaction, which takes place in the diagnostic and rehabilitative aspects of patient management, varies with the type of patient and service setting. For example, in the case of Belinda (see Appendix) a specialized interdisciplinary team is involved in diagnosis and treatment, and the interaction extends over a long period of time.

Comparable interdisciplinary teams in which speech pathologists and audiologists have a major role include those concerned with the neurologically involved adult, such as the aphasic patient, or child with a severe hearing loss. In contrast, are relationships which involve only one other discipline and which may require a one time only contact. A speech pathologist, for example, might request an assessment by a psychologist to ascertain the level of the patient's intelli-

gence; an audiologist may be requested by an industrial physician to give an inservice program on the audiological features of a comprehensive hearing conservation program.

Whatever the structure of the interdisciplinary liaisons, it is the quality of relationships which will ultimately determine their effectiveness. Ideally, as in all professional interactions, the liaison should be characterized by an open exchange of information, a lack of defensiveness, and a genuine desire to make the relationship work. While acceptance of roles and awareness of each discipline's knowledge are prerequisites for a successful interdisciplinary interaction, of overriding importance is the need for mutual respect for each professional's contribution.

In all professional interactions, potential areas of conflict exist, of course. Audiologists and speech pathologists share with their colleagues in other disciplines problems relating to personality differences, conflicting opinions about the management of a patient; overlap of professional roles; and delineation of lines of authority and responsibility. Potential conflicts for speech pathologists and audiologists relate to lack of recognition of their areas of expertise and misperceptions of their professional roles, problems which relate in part to the relatively recent arrival of audiology and speech pathology in the health and education fields. Furthermore, when new professions emerge, traditional hierarchies can be upset, particularly within a medical model of patient management in which physicians have had total responsibility for all facets of a patient's care. In all these problem areas, tact and sensitivity are required of the speech pathologist and audiologist, to ensure that interprofessional collaboration is effective. Most conflicts can be avoided when attitudes of openness and goodwill are brought to the relationship and when the focus of interaction is on the needs of the patient.

Of particular importance to patients with communication disorders is the awareness by professionals in other disciplines of the availability and benefits of services provided by audiologists and speech pathologists. Since professionals in related disciplines frequently see the patient first they are in a position to ensure that patients can obtain these services. Further, awareness will facilitate early identification and referral in order to enhance treatment effectiveness. Speech pathologists and audiologists share a comparable responsibility to refer to and consult other professionals when required.

(b) Issues within the Professions

The issues addressed are those identified by the Provincial Associations' Questionnaire and by the authors as having significance for the professions of speech pathology and audiology at this time. In summary, these issues relate to standards; to the education of the community and professionals in linked health disciplines; and to the availability of services for the communicatively handicapped.

For both speech pathology and audiology the issue referred to most frequently by the provincial associations concerns statutory regulation of the professions. In Canada only two provinces, Quebec and Manitoba, have statutory licensing for speech pathologists and audiologists. In Ontario, the Speech and Hearing Association offers a voluntary nonstatutory registration for both members and non-members. However, in at least half the provinces, including Ontario, some form of statutory regulation is currently being considered. The question of whether there should be a professional standard for these disciplines at the national level is a comparable issue, currently under debate. Such deliberations at the provincial and national levels reflect a growing concern for the status of the professions and for high standards of professional practice.

Concern for consensus criteria has also been demonstrated in Canada through the development of clinical guidelines for language-speech pathology and audiology (Department of National Health and Welfare, 1980). These guidelines, which were refined in 1982, were developed by a group of professionals with representation from the fields of speech pathology, audiology, otolaryngology, dentistry and medical sociology under the sponsorship of the Department of National Health and Welfare. It is not clear to what extent these guidelines will be implemented by the professions and the provinces as formalized standards or as flexible benchmarks for professional practice. Their development is notable, however, in that this represents the first initiative in Canada to define the parameters of professional practice in speech pathology and audiology as it exists in this country at the present time.

The heightened awareness of the professions of the need to be accountable for work performed, is another facet of the focus on standards. This issue was identified by several provinces as one of significance in the Provincial Associations' Questionnaire and is one which has been addressed in the professional literature for some time (Adair and Griffen, 1979; Bouchard, 1977; Siegel, 1975; Mowrer, 1972). An increasing number of audiologists and speech pathologists are engaged in formal accountability procedures at intradisciplinary and interdisciplinary levels. In addition to implications for quality of care, accountability has assumed increased importance relative to budgetary constraints when it is necessary to demonstrate that services are not only effective, but cost effective.

A further issue which relates to the quality and cost effectiveness of services is the use of personnel other than speech pathologists and audiologists in evaluating and treating those with communication disorders. These include persons variously identified in Canada as speech aides, audiometric technicians, communication aides, hearing screening personnel, and volunteer workers. They work in varied capacities, with or without the direct involvement of the audiologist or speech pathologist. Such personnel, with appropriate supervision and preparation, can make an important contribution to the management of communication disorders and provide a viable adjunct to the professional services of the speech pathologist and audiologist (Ling, Skainy, Kroll and Yovetich, 1973; Galloway and Blue, 1975). The use of these personnel for the performance of routine tasks, for example, can free the professional for those responsibilities which require a higher level of expertise and training. The implications for cost effectiveness are obvious. It is essential, however, for the quality of care that such personnel receive adequate preparation for jobs to be performed under appropriate supervision. Unfortunately, many such personnel work with insufficient supervision, or none at all, and with little or no background preparation or training. While many are trained on the job for a specific task or group of tasks, others may not receive any preparation or are trained by persons without appropriate qualifications for this responsibility. However, while the need for adequate supervision is not in dispute, whether or not some kind of formal training should be provided for these personnel is an issue of debate. Clearly these issues and others, important to the utilization of such personnel (including role definition and job expectations) must be addressed with vigour by the professions in Canada, to ensure a high standard of patient care.

Another issue which has implications for standards of clinical service, and which was designated as an area of concern for audiologists in several provinces in the Provincial Associations' Questionnaire, relates to the means by which hearing aids are obtained by the public. In Canada, hearing aids are obtained through a variety of mechanisms. In many cases, hearing aids are purchased privately by the patient. They may also be provided through private insurance plans, Worker's Compensation Boards, and Veterans Administrations; through provincial programs for special populations such as pensioners or children; through provincially supported programs which provide hearing aids at cost. Hearing aids may be dispensed by hearing aid dealers or by audiolo-

gists, such dispensing being governed in some regions by provincial legislation. The issues associated with the hearing aid delivery system are complex and the focus of concern for audiologists varies with the region in which they practise. In general, the issues relate to the need for provision of hearing aids by audiologists as an integral part of aural rehabilitation services; and to the implications for the patients' (re)habilitation in those provinces where audiologists are prohibited from fitting and dispensing hearing aids. Inevitably, however, when professionals become involved with the dispensing of commercially produced devices, questions arise as to the appropriateness of such action. Audiologists, physicians, and hearing aid dealers have differing perspectives on this issue; its resolution will have implications for the standards of care for the hearing impairment.

Other issues for both professions concern the provision of aural (re)habilitation. Two such issues relate to the shortage of comprehensive services for hearing impaired adults; and the choice of approach for the development of communication in pre-school and school age children. In-depth services for adults, such as those offered in many European countries (Markides, 1977), are not widely available in Canada (Wallace, 1973). Rehabilitation services are focussed on the selection and, in some provinces, on the provision of hearing aids, with little emphasis on the delivery of other services required, such as extensive counselling, speech reading and auditory training, manual communication training and vocational guidance. With respect to the choice of habilitation approach for hearing impaired children considerable controversy exists as to the appropriate strategy which should be used for attaining the highest level of communication skills possible for an individual child. A number of methods, varying according to the modality (vision or audition) and the form (written, spelled, signed, cued, lipread or spoken) used, exist for the habilitation of such children. Examples of some methods are the oral, manual, or total communication approaches. The oral approach, for example, emphasizes spoken and written language (which can include auditory, visual, tactile or multisensory input) while other approaches emphasize supplementary or alternative use of signs or fingerspelling. The choice of method, however, is often based on hope or philosophy because of the "appalling shortage of objective data" on which to base such choices and the scarcity of personnel adequately trained in some methods (Ling, Ling and Pflaster, 1977). This is a highly emotive topic, polarizing parents, educators, administrators, physicians, and audiologists into various factions.

A broader issue for both speech pathology and audiology referred to in the Provincial Associations' Questionnaire and in the professional literature, concerns the need for better understanding of communication disorders by the public and by professionals in linked disciplines (Barkmeier, 1976; Carnell, 1976; Van Hattum, 1977). Heightened awareness of the existence of communication disorders, their effects on the individual, and their nature and potential for remediation, have important implications for their prevention, identification, and availability and quality of care.

The need for such improved awareness is especially important for early identification of disorders and for making appropriate referrals essential to effective management, favourable treatment outcome, and prevention of serious and often chronic associated problems. It is well known for example that children with language disorders are at risk for academic failure (The American Speech-Language-Hearing Association, 1976). It is also known that the average age of diagnosis of severe hearing impairment in Canadian children is about two years, because many physicians are unaware that audiological techniques exist for the detection and quantification of hearing loss in young children (Wong and Shaw, 1979). Because of the lack of public and professional awareness about such conditions these children may not be referred for treatment until critical language acquisition stages have been passed, or until they are in school already encountering problems in learning. The attendant cost to society for failure to provide such

early identification and treatment, as well as the irreversible effects on the child, are obvious (National Institute of Health, 1979; Rapin, 1978). Many parallels could be drawn for the adult population.

It is not possible to address all the issues of importance. Omitted is the need for extension of services to special populations (large bilingual populations in Canada, preschool children, the aged, rural populations); extension of basic and applied research and resources to make this possible; implications of the trend to increased specialization; more professional personnel. These and other issues present ongoing challenges for these rapidly evolving disciplines.

(c) Professional Rewards, Challenges and Satisfactions

In reviewing this chapter, it is apparent that speech pathology and audiology are young, dynamic professions offering stimulating challenges and unique opportunities for contribution to the broadening and strengthening of the disciplines (Guidance Centre, University of Toronto 1978, 1979). Challenges lie in the complexity of communication and its disorders and of individuals affected; the frontiers of knowledge in research and clinical practice which await development; the need for the extension of services; opportunities for influencing societal attitudes to the communicatively handicapped; and shaping the growth and development of the professions as a whole. Furthermore, speech pathologists and audiologists share with other professionals in the health related and education fields the privileged opportunity for having positive impact on the lives of many people. It is immensely satisfying to have contributed to the improvement or alleviation of one of the most disabling of human handicaps, a communication disorder. Such satisfaction can best be described as a feeling of meaningfulness (Van Riper, 1979).

V. REFERENCE MATERIAL

(a) Manpower

Manpower data for speech pathologists and audiologists in Canada must be regarded as approximations at the present time. Speech pathologists and audiologists, in all provinces except two (where provincial licensing is mandatory) are not required to belong to their provincial and national associations. There are no accurate data available, therefore, on the number of practising professionals in these disciplines. Attempts to obtain definitive manpower information have however, been made by the Canadian Speech and Hearing Association in collaboration with the provincial associations. In addition, manpower information has been made available to the authors through the Provincial Associations' Questionnaire. While the available data are not conclusive and have, therefore, to be interpreted with caution, some extrapolations can be made.

On the basis of the Provincial Associations' Questionnaire, membership in provincial organizations in 1980 was approximately 1400 speech pathologists and audiologists. However the total number of professionals in the country could be in the region of 1800 at the present time. The Questionnaire indicates that, except in those provinces having statutory legislation, the estimated percentage of professionals holding membership in the associations is less than 80 percent, in all but one province. The Questionnaire also revealed that fewer audiologists than speech athologists belong to their provincial association.

While Canadian educational programs contributes approximately 150 graduates to the work force annually, exact data on the number of practising professionals who obtained their degree elsewhere is not known. A survey conducted by the Canadian Speech and Hearing Association (1978) reveals, however, that this could be over 50 percent.

There are indications that almost 50 percent of practitioners have had between six and 26 years of experience, a little over half of these having between six and ten years experience (Branch, 1980). These data, together with the data provided by the 1978 study, which indicate an average time of eleven years in the professions (counted from the date of granting of the highest degree in speech pathology and audiology), suggests that professionals in Canada remain a considerably longer time in the field than their counterparts in the United States (Canadian Speech and Hearing Association, 1978).

(b) Professional Organizations

Information relating to membership requirements, codes of ethics, by-laws, regulations of the professions, employment and services available for the communicatively handicapped can be obtained from provincial associations and/or from the national professional association. The latter is listed below.

Canadian Speech and Hearing Association
Mount Royal Hotel
Mezzanine Floor
100 Front St. W.
TORONTO, Ontario
(416-366-9034)

(c) University Programs

Information relating to speech pathology and audiology programs, including admission and degree requirements can be obtained from the individual university programs as follows:

Department of Speech Pathology
and Audiology
University of Alberta
Edmonton, Alberta

The School of Audiology and
Speech Sciences
Faculty of Medicine, University
of British Columbia
Vancouver, British Columbia

School of Human Communication Disorders
Dalhousie University
Halifax, Nova Scotia

School of Human Communication Disorders
McGill University
Montréal (Québec)

École d'orthophonie et audiologie
Université de Montréal
Montréal (Québec)

Graduate Department of Speech
Pathology
University of Toronto
Toronto, Ontario

Program in Communicative Disorders
University of Western Ontario
London, Ontario

Speech pathologists and audiologists share with other disciplines the concern for maintaining currency of knowledge to ensure that research and clinical programs are of optimal effectiveness. Continuing education is mandatory for speech pathologists and audiologists in the two Canadian provinces having statutory licensing; two other professional associations are considering making such education a formal requirement.

Continuing education programs are provided by professional associations, universities, hospitals, and other service facilities in most provinces in Canada. Programs are organized and conducted in a variety of formats, including workshops, courses and seminars, some of which are interdisciplinary in nature. Information about continuing education programs can be obtained from the professional associations and universities.

REFERENCES

ABKARIAN GG: The changing face of a discipline isn't it 'romantic'? *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1977; 21: 422-435

ADAIR M, GRIFFEN K: Quality assurance: a professional quest for speech-language pathologists and audiologists. *Asha* 1979; 21: 871-874

AMERICAN SPEECH AND HEARING ASSOCIATION: Position Statement of the American Speech and Hearing Association on Learning Disabilities. *Asha* 1976; 18: 282-290

BARKMEIR J: School-community relations: an important aspect of a public school program. *Language Speech and Hearing Services in the Schools 1976; 7: 48-50*

BOBERG E (ed): *Maintenance of Fluency*. New York: Elsevier, 1981

BOONE, DR: Our profession: where are we? *Asha* 1977; 19: 3-6

BOUCHARD MM: Use of the problem-oriented medical record in the speech and hearing profession. *Asha* 1977; 19: 157-159

BRANCH J: Manpower committee report. *Hear Here* 1980; 4: 144-150

BYRNE MC: Challenge of the 80's - what's in a name? *Asha* 1980; 22: 981-982

CANADIAN SPEECH AND HEARING ASSOCIATION: CSHA manpower survey 1978. *Hear Here* 1978; 2: 122-125

CARNELL CM: *Development, Management and Evaluation of Community Speech and Hearing Centers*. Springfield: Charles C. Thomas, 1976

CLARKE BR, KENDALL DC: Communication for hearing-handicapped people in Canada. In *Communication for the Hearing Handicapped: An International Perspective*, OYER, HJ (ed), Baltimore: University Park Press, Chap. 4, 73-129, 1976

COSTELLO JM: Programmed instruction. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1977; 42:1 3-28

DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE TASK FORCE: *Clinical Guidelines in Language - Speech Pathology and Audiology*. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1982

ELDRIDGE M: *A History of the Treatment of Speech Disorders*. Edinburgh: Livingstone, 1968

ENDERBY P, DAVID M: Proposed evaluation of speech therapy for acquired aphasia. *British Journal of Disorders of Communication* 1976; 11: 144-418

FELDMAN AS: "A single profession?" *Asha* 1981; 23: 279

FELDMAN H: A history of audiology. *Translations of the Beltone Institute of Hearing Research* 1970; 22: 1-109

GALLOWAY HF, BLUE CM: Paraprofessional personnel in articulation therapy. *Language Speech and Hearing Service in the Schools* 1975; 6: 125-130

GERBER SE, MENCHER GT (eds): *Early Diagnosis of Hearing Loss*. New York: Grune and Stratton, 1976

GILBERT J: Ruminate. *Hear Here* 1979;3: 22-24

GOLDSTEIN R: The unit of communicology. *Asha* 1970; 12: 543-550

GOLDSTEIN R: Communicology revisited. *Asha* 1981; 23: 347

GREENBERG FR: One profession or two. *Hear Here* 1980; 4: 1-2

GREGORY HH (ed): *Controversies About Stuttering Therapy*. University Park Press, 1979

GUIDANCE CENTRE, FACULTY OF EDUCATION: *G.C. Occupational Information Monograph - Audiology*. Toronto: University of Toronto, 1979

GUIDANCE CENTRE, FACULTY OF EDUCATION. *G.C Occupational Information Monograph - Speech Pathology*. Toronto: University of Toronto, 1978

LING D, SKALNY F, KROLL A, YOVETICH W: Conversation: speech pathology and audiology in Canada. *Human Communication* 1973; Winter: 12-29

LING D, LING AH, PFLASTER G: Individualized educational programming for hearing-impared children. *Volta Review* 1977; 79: 204-230

MARKIDES A: Rehabilitation of people with acquired deafness in adulthood. *British Journal of Audiology* 1977; Suppl. 1

MOORE GP: Have the major issues in voice disorders been answered by research in speech science? A 50-year retrospective. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1977; 42: 152-160

MOWRER DE: Accountability - a matter of ethics? *Asha* 1972; 15: 411-412

NATION JE, ARAM DM: *Diagnosis of Speech and Language Disorders*. Mosby, 1977

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL AND COMMUNICATIVE DISORDERS AND STROKE. *Report of the Panel of Communicative Disorders*. NIH Publication No. 81-1914. U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979

PICTON TW, STAPELLS DR, CAMPBELL KB: Auditory evoked potentials from the human cochlea and brainstem 1981; *Asha* 10 (Suppl. 9): 1-41

RAPIN I. Consequence of congenital hearing loss - a longterm view. *Journal of Otolaryngology* 1978; 7: 473-483

REES NS: Breaking out of the centrifuge. *Asha* 1979; 21: 992-997

REES NS: Learning to talk and understand. In *Introduction to Communication Disorders*. HIXON TJ, SHRIBERG LD, SAXMAN JH (eds.): Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1980

REES NS: E pluribus unum. *Asha* 1981;23: 281-284

RIKO D, CUMMINGS F, ALBERTI PW: The role of communication aids in the rehabilitation of hearing impairment. *Journal of Otolaryngology* 1979; 8: 10-23

ROBERTS M: Presidential Address to the Annual General Meeting of the Canadian Speech and Hearing Association, 1981

SAWASHIMA M, COOPER FS (eds): *Dynamic Aspects of Speech Production.* University of Tokyo Press, 1977

SCHEIN JD, DELK MT: *The Deaf Population of the United States.* Silver Spring, Maryland: National Association of the Deaf, 1974

SIEGEL GM: The high cost of accountability. *Asha* 1975; 17: 796-799

SILVERMAN FH: Criteria for assessing therapy outcome in speech pathology and audiology. *Journal of Speech and Hearing Research* 1977; 20: 5-20

UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA: Programme brochure of the School of Audiolo and Speech Sciences 1981

VAN HATTUM RJ: Communicating for the Communicatively Handicapped. *Asha* 1977; 19: 322

VAN HATTUM RJ (ed): *Communication Disorders.* New York: Macmillan Publishing, 1980

VAN RIPER C: *The Nature of Stuttering.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1982

VAN RIPER C: *A Career in Speech Pathology.* New York: Prentice-Hall, 1979

WALLACE G: *Canadian Study of Hard of Hearing and Deaf.* Ottawa: Canadian Council for the Disabled, 1973

WONG D, SHAW C: Identification of impaired hearing in early childhood. *Canadian Medical Association Journal* 1979; 121: 529-546

YANTIS PA: The objectives of the association: a fiftieth-year perspective. *Asha* 1976; 18: 3-7

IN CONCLUSION

Eva Kassirer and Einer Boberg

In the preceding chapters 16 health professionals have presented characteristics of their profession, its interaction with other disciplines on rehabilitation teams, and the link between this interaction and quality of care. This may be the first time rehabilitation professions in Canada have been systematically described in one volume - thereby providing a comparative view of characteristics historically used in sociological analysis of professions, including a unique body of knowledge; unique clinical skills; and professional responsibilities and rights (see for example: Carr-Saunders, 1933; Vollmer and Mills, 1966; Kassirer, 1970). For a recent American comparison see Boyles, Morgan, McCaulley (1982).

This report documents that heightened awareness and modification of the above-named characteristics will be the factors in creating change on rehabilitation teams. Important too will be the increase in democratized organizational structures with new structural arrangements. Several authors described formally structured, intradisciplinary teams with rotating case managers coming from a variety of professions. In this way, teams have the opportunity to develop new blueprints for interaction. Hopefully, such blueprints will be based more on rational/legal principles than on traditional ones (Weber, 1964). "What is to be sought, then, is to develop systems suited to the needs of our society rather than to continue adapting procedures inherited from other times and other ways of life. What general features might such systems have? First and foremost, professions would probably be clustered in broader groupings than is now the case. The case for clustering rather than ranking is that democratization of professional groups is as essential to the success of a new model as was the democratization of educational access to our economy in the sixties" (Wright, 1978).

With the daily creation of new health knowledge, no single rehabilitation profession can cover the whole health waterfront. Understandably new professions are emerging to fill the gaps. But will the older professions make space for these developing professions with their unique knowledge and skills? To what degree will they be able to share responsibilities and rights? And will emerging professions work out the division of labour among themselves? These questions are currently being addressed by national professional associations in Canada - singly and together. Decades earlier, Durkheim addressed similar questions and theorized that the division of labour into differentiated, specialized groups, would lead to dependency on each other and to cooperative interaction (1963).

In preparing their presentations, the authors of chapters not only used public documents to provide objective data, but also supplied their own subjective views and experiences - at the editors' requests. This subjective information adds a dynamic dimension to the report, and exposes the reality that professions and teams are composed of people working together, with the power to increase cooperation, or not. In fact the authors' most frequently stated intent was the desire to increase cooperative interaction.

Nonetheless, a few of the authors' statements reveal problematic and/or limited cooperative interaction on rehabilitation teams. Such statements may reflect the current status of that

profession, relative to team behaviour. This reflection of reality is useful in itself. Ideally, professions will increasingly allow the problem to define the composition of the team, with management proceeding in a matrix fashion.

Thus, change will stem from altering the awareness and images of professional groups toward each other - as well as from democratizing organizational structures. This involves considering the social properties of organizations and relationships, as well as disease and health. In addition, it will be recognized that conceptions of health, techniques of healing, theories of disease, and organization of rehabilitation teams are grounded in the cultural blueprints of Canadian society (Twaddle and Hessler, 1977).

How rapidly will change occur? A powerful influence will be evaluation data if these provide evidence that democratized structures and teams are not only effective in increasing quality of care but are also cost-effective. Toward this end, questions like the following will need to be addressed. In which centres in Canada are these data being collected today? Do they indicate that patients are better off? That professionals are more proficient? That teams are reaching new frontiers of knowledge? And that patients and professionals are reaping more social benefits? Hopefully such will be the case.

REFERENCES

BOYLES MV, MORGAN MK, MCCAULLEY MH: *The Health Professions*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1982

CARR-SAUNDERS AM, WILSON PA: *The Professions*. Oxford: Clarendon Press, 1933

KASSIRER E: Professionalization of the teaching occupation. In MANN WE (ed): *Social and Cultural Change in Canada*, Vol. 2. Toronto: Copp Clark, 182-199, 1970

SIMPSON G: *Emile Durkheim*. New York: Crowell, 41-44, 1963

TWADDLE AC, HESSLER RM: *A Sociology of Health* Part 3. Saint Louis: Mosby Co., 139-159, 1977

VOLLMER HM, MILLS DL (eds): *Professionalization*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1966

WEBER M: *The Theory of Social and Economic Organization* Chap. 3. New York: Free Press of Glencoe, 324-423, 1964

WRIGHT DT: The objectives of professional education. In SLAYTON P, TREBILCOCK M (eds): *The Professions and Public Policy*. Toronto: University of Toronto Press, 126-129, 1978

APPENDIX

A DEMONSTRATION CASE STUDY

OF BELINDA

INTRODUCTION

Since one purpose of this book is to illustrate the functioning of professional groups on rehabilitation teams, the following demonstration case is included. The case of "Belinda" is based on a real person seen by Dr. Robert Shea at the Glenrose Hospital in Edmonton. In order to ensure anonymity, age, name, and some details about her condition have been altered. The assessment report (presented below) was sent to each author requesting a description of diagnostic and management procedures they might employ if they were a member of the rehabilitation team. Without the benefit of mutual consultation on the case, authors drew on their own unique knowledge and skills; these are portrayed below.

Further, in order to illustrate how a case manager might handle the information contained in the various reports, Dr. Shea assumed the role of case manager for Belinda and prepared a Conference Summary Report based on the information provided by the authors (Section B). Details provided by each profession are presented below in Section A.

Initial Assessment Report

Name: Belinda

Date of Birth: January 15, 1972

Mother Grav. viii Para iv with four abortions — one with multiple congenital anomalies who died at birth. Belinda weighed 2950 Grams, spontaneous vertex delivery; Apgar 2-6. Abnormalities apparent at birth included severe bilateral cleft lip and palate; left eye smaller than the right with bilateral colobomata; ears bilaterally malformed with deficient cartilage, pre-auricular skin tags and microtia. Head circumference at birth was 15 3/4 inches.

At age one month she was seen at the hospital where investigation revealed a single cerebral ventricle and aqueduct stenosis for which she had a ventriculo-peritoneal shunt procedure. Subsequent procedures include repair of the bilateral cleft lip at age four months; repair of the palate at 18 months; plastic relocation of the ears higher on the skull at 26 months; bilateral pinback otoplasty at three years; V-P shunt revision at age six years; columnella lengthening and Abbe flap at age seven years; bilateral myringotomies and placement of ventilation tubes plus dental restorations at age 7½ years. Apart from these procedures there have been no illnesses; no meningitis or seizures. Immunizations are not up to date.

Natural parents are both living. There are two normal, younger siblings. There are no similar involvements to Belinda in the extended families apart from the abortus with congenital anomalies. Belinda attends regular school but has difficulty with reading. She is subject to teasing because of her appearance and is subject to episodes of crying and emotional outbursts. Her teacher feels she is hyperactive. Appetite, sleep and toilet patterns are normal.

At current exam her height and weight are less than 3%-ile while head circumference is 2%-ile. She has a (R) coloboma, complete (L) cataract and small left pupil. There is also a pterygium laterally on the right eye not encroaching on the cornea. Both ears are devoid of cartilage, are low-set and the canals are atretic. The cleft lip and palate have been repaired but the voice

remains hypernasal. Several articulation errors were noted. Remainder of the physical exam was normal but tone in the lower limbs is increased together with increased deep tendon reflexes while the heel cords and ham-strings are also a little tight. She is unable to balance on a balance beam and can stand on either foot for only 2-3 seconds. With her decreased vision she is unable to catch a ball. She holds a pencil with her right hand, uses her (R) eye and holds scissors with her left hand. She has difficulty copying geometric figures. Her immunizations are not up to date, there are evident dental caries but no teeth up in the palate area. She has pediculosis capitis. In school she is at a grade one level in reading and arithmetic. Prior intellectual assessment yielded better verbal than performance scores.

The parents disagree on how the child should be handled; he would prefer she attend a special school, while mother insists she remain in a regular school. Considerable tension is apparent between the parents.

A. DETAILS PROVIDED BY PROFESSIONS

PEDIATRICS

Robert Shea

Belinda presents with a history of multiple congenital abnormalities with several indicated procedures previously undertaken as listed. At the time of this assessment she presents with the following problems:

1. Height and weight less than 3 %-ile and head circumference at 2 %-ile.
2. Right coloboma with pterygium and small globe. Left small pupil with mature cataract; can perceive light.
3. Ears: cartilage absent bilaterally; external ears low-set with previous surgical revision; bilateral atretic canals; bilateral serous otitis with conductive hearing loss.
4. Palate: previously repaired palate and lip with hypernasal voice, articulation errors and anterior pre-maxillary fistula.
5. Teeth: carious with malocclusion.
6. Extremities: increased tone in lower extremities with tight heel cords and hamstrings.
7. Balance and Coordination: poor balance on beam with either foot; unable to catch a ball. Uses (R) eye, (L cataract); left hand; has difficulty crossing mid-line with left hand and copying geometric figures.
8. School: Reading and arithmetic at grade one level at age nine years; father prefers segregated school, while mother prefers integration in regular school; teased at school because of appearance, provoking crying; teacher describes her as "hyperactive".

RECOMMENDATIONS RE PROBLEMS:

1. Obtain height and weights of natural parents, plus any calendar height and weight measurements to determine growth velocity. Thyroid study plus x-rays for bone age.
2. Ophthalmology referral regarding current visual status and indication for management of the left cataract.
3. Otological referral with audiology follow-up.
4. Referral to cleft-palate clinic for coordination of plastic surgery and orthodontia.
5. Routine dental care in conjunction with orthodontia.
6. Orthopaedic and physiotherapy review re appropriate management.
7. Occupational therapy assessment regarding indications for remediation at her age.
8. Psychology assessment regarding intellectual level, together with behavioural suggestions to parents and school setting.
9. Referral to speech pathology for assessment of voice and speech quality.
10. A social service assessment should be undertaken regarding the dynamics within this household, as well as an educational assessment as to her current school functioning and appropriate and practical current and future school placement.

SPEECH PATHOLOGY AND AUDIOLOGY

Jean P. Walker

Referral to a cleft palate team would provide an interdisciplinary assessment and optimal management program from a number of professionals, including a speech pathologist, audiologist, plastic surgeon, otolaryngolgist, radiologist, orthodontist, dentist, psychologist and social worker, together with the referring pediatrician. Because of Belinda's age and education difficulties an asessment of the educational status by a representative from education should be included. A decision about her total management would then be made on the basis of the findings of all the team members.

The case history findings indicate that the assessment of Belinda's communication should begin with an evaluation of her hearing status by the audiologist to determine whether medical or audiological intervention is needed. Audiologically she would not be difficult to assess because her speech and language skills are sufficiently developed to permit administration of the basic audiometric battery, including pure tone and speech audiometry as well as impedance measurements thus permitting identification and quantification of any auditory impairment.

There are certain features of Belinda's history, deformities of both external ears and a low APGAR score, which place her at risk for conductive or sensorineural hearing loss, or both. Repair of the cleft palate at age eighteen months, performance of bilateral myringotomies and the placement of ventilation tubes probably resulted in some reduction of any conductive component in her hearing loss. But even minimal conductive hearing loss in children may result in language learning deficits. While it is unlikely that she has a significant sensorineural hearing loss because she has developed a certain level of competency in speech and language skills, it is possible that a mild sensorineural hearing loss exists. Such a loss would also have significance for her speech and language development.

Assuming the presence of a bilateral, mild, mixed hearing loss which is not remediable medically or surgically, a hearing aid fitting should be considered. Because her external ears are devoid of cartilage and therefore probably would not support the weight of a behind-the-ear hearing aid, Belinda might benefit from an in-the-ear hearing aid, in one ear initially. An in-the-ear fitting presumes that her external ear canals are in suitable condition for an aid of this type. While the external ear canals are stated to be atretic, it was nevertheless possible to perform myringotomies, indicating that this type of fitting could be possible. If however, the condition of the external ear canals does not permit the fitting of an in-the-ear model, a bone-conduction hearing aid must be considered. An in-the-ear model would be preferable, however, in view of its cosmetic advantage over a bone-conduction hearing aid. Belinda's acceptance of the hearing aid would be significantly affected by its cosmetic appeal.

The audiologist must be prepared to work effectively with the other members of the rehabilitation team, especially her teachers because the success of the hearing aid fitting would probably be monitored most effectively through their observations. Because Belinda's hearing loss is most likely to have a conductive component, it could fluctuate and should, therefore, be checked periodically to determine if the aid needs to be readjusted or if she needs further medical care. If she progresses well with one in-the-ear aid and accepts it, a second aid to constitute a binaural fitting, might be considered for the future.

A major task for the audiologist would be to counsel Belinda's parents about her hearing handicap and about the need for the hearing aid, and its maintenance. The parents should also be counselled about any other communication aids, such as telephone amplifiers, which would reduce her hearing handicap.

The speech pathologist would assess the degree of hypernasal resonance present and how it relates to her velarpharyngeal competence. This assessment would be corroborated by cine-radiographic studies, airflow studies and fibrescopic endoscopy in order to determine the degree of velar pharyngeal incompetence present. An examination of Belinda's oral peripheral mechanism would follow. This would involve an assessment of tongue movements, tooth alignment, bite, the length and mobility of her soft palate and the site and size of any fistulae present in either the hard or soft palate. Articulation testing, using formal or informal sampling specific to the needs of the cleft palate patient, should evaluate her sound production in terms of the degree of tension and valving needed. The speech pathologist often begins with a sound group requiring the greatest amount of velarpharyngeal competence for its production, namely the sibilants. These sounds would be evaluated in terms of their phonetic production and phonemic organization, and also in terms of any visible or audible evidence of nasal air escape. The fricatives and plosive sounds would then be assessed.

In Belinda's case, assuming a hearing loss coupled with velarpharyngeal incompetence, one could expect difficulty with high frequency sound groups including /s/, /sh/, the affricate /ch/ as in 'chair', and /j/ as in 'jam'. These sounds usually give the most difficulty to the cleft palate patient and since they occur most frequently in English or French, discourse can become a major contributing factor in decreasing speech intelligibility.

Language skills, both receptive and expressive, would be assessed through formal testing or language sampling. These skills should be evaluated in relationship to her cognitive ability as determined by the psychologist and school reports. In view of her low arithmetic and reading scores her language evaluation would probably be closely related to her general cognitive ability. Any language intervention program, if initiated, would be adapted to her specific needs and capabilities.

To complete the assessment, an exploration of Belinda's own feelings about her communication ability and the reaction of her peer group and family would be made.

Treatment for Belinda would be directed to improving her articulatory skills, hypernasality and language deficits, if present. This program would be designed and tailored in consultation with the speech pathologist providing the treatment, if this should be a different person from the speech pathologist on the cleft palate team. Since one can assume a fair degree of velar-pharyngeal incompetence, this would require that consideration be given to a secondary surgical procedure, such as a pharyngoplasty, to lengthen her apparently short soft palate, as part of the total management program directed to improving her communication abilities. The treatment program would also incorporate the appropriate use of her hearing aid.

A treatment approach which would take into account her ability to shape new sounds according to the rules of coarticulation and distinctive features would be an appropriate format for helping Belinda to learn the new rules necessary for appropriate sound production. It might be necessary to use other therapeutic approaches, such as direct placement, motokinesthetic, visual stimulation or a combination of all of these. Sound clinical judgment and careful documentation of progress would indicate needed strategy changes. Decisions relating to the order of sounds to be learned would be based on the stimulability of specific disordered or missing phonemes and the hierarchal emergence of phonemic units as it occurs in normal speech and language development.

Belinda's resonance disorder, that is, the hypernasality, in all probability would not improve spontaneously after her secondary surgical procedure. A change to achieve normal resonance would be included in her treatment program and steps to help her perceive this resonance difference would be carefully planned to facilitate change in controlled and spontaneous speech. Emphasis on auditory feedback would be essential for her to perceive resonance differences and electromechanical devices, such as the Vocal Intensity Meter, might prove helpful in enabling her to gain control of her hypernasal resonance more quickly.

Finally, any speech and language intervention program would be carefully adapted to Belinda's specific needs. Relearning sounds and effecting voice change would require extensive home practice and monitoring. This kind of learning cannot take place during one or two half-hour therapy periods per week. It requires, for its reinforcement and consolidation, the cooperation of the child, school, and family, for the total rehabilitation process to be effective.

In conclusion, because of Belinda's multiple problems including those of communication, it is imperative that all facets of her status be continuously monitored by members of the cleft palate team who, in turn, would communicate any changes to each other. It is also essential that the team's findings and recommendations be clear and fully explained to the parents; and that the parents, in turn, be given an opportunity to discuss their concerns and feelings about the team's recommendations for their child's management. Ultimately, parental acceptance and cooperation would determine the outcome of Belinda's rehabilitation program.

G.D. Watson and R.C. Bland

The psychiatric evaluation of the child with multiple disabilities including brain injury would proceed from the basic tenet that the patient's disabilities arise from two separate though interdependent aetiologies: the direct effect of abnormal brain function upon cognitive, emotional behavioural capabilities, and the psychological and social consequences of living with severe central nervous system and other abnormalities. The objective of the psychiatric evaluation would be to assess these individually by appropriate information gathering, utilising history obtained from the patient and family, physical examination, laboratory and radiological information, and added information provided by allied professionals. Interventions would be directed as well to both of these underlying aetiologies.

That organic brain dysfunction is a factor in Belinda's behavioural disturbance is obvious. Historically children with multiple congenital anomalies almost certainly have coincidental central nervous system malformations and this is confirmed by results of the radiological investigations at age one month. Anoxic brain damage as an additional insult is suggested by the low Apgar rating at birth. Her present reading difficulties, behavioural hyperactivity, abnormal lower limb muscle tone and reflex abnormalities, and ataxia, are further evidence of nervous system abnormality. Any recent worsening of her cognitive functioning or an exaggeration in her behavioural disturbance would call for a physical re-evaluation, to rule out, for example, hydrocephalus from a blocked ventricular peritoneal shunt. A neurological opinon would be sought, EEG, skull X-rays and CT scan ordered. The assistance of a neuropsychologist would be valuable to determine a possible progression in her central nervous system dysfunction.

The extent and constancy of her affective disturbance and hyperactivity would be assessed by thorough history-taking with parents, by direct observation of her mental status and by an account of her classroom behaviour obtained from the teachers.

There is also considerable evidence that Belinda's behavioural and emotional disturbances are reactive to the psychological and social consequence of her severe handicaps. Abnormalities in her personality would be contributed to by an abnormal rearing environment necessitated by chronic invalidism, repeated hospitalizations and surgery, and no doubt special treatment within her home and at school. Abnormal parent-child relationship would be expected to result in abnormal relationships with her siblings and peer groups. Her personality functioning, already abnormal as a result of the organic dysfunction, would be further compromised. The nature of the additional disability as a result of the psychological and social factors could be best ascertained by direct observation of the child alone and in school and family circumstances and with the assistance of a psychologist skilled at administering personality tests.

A family assessment would help in evaluating the tension between the parents and perhaps amongst Belinda's other family members. Any major marital disharmony or family difficulties would further compromise Belinda's behavioural and emotional well-being, and be important when treatment recommendations are considered. The help of a psychiatric social worker skilled in family assessments and interventions would be invaluable.

Just as a complete assessment of Belinda's disabilities would require an investigation into organic and psychosocial aetiologies for her disabilities, so treatment would address both these aspects. Medications might well be helpful, both mood stabilizing drugs and those found helpful in treating hyperactivity would be considered. Psychotherapy, probably in a context of the

family, would appear indicated. A major issue that would need to be resolved early would be the parental disagreement on schooling, an issue that could best be handled after consultation with Belinda's teacher, school psychologist and an awareness of available facilities.

Future psychiatric involvement with Belinda would, of necessity, be protracted and long-term. Further psychosocial difficulties are inevitable and her organic mental state must be regularly reviewed.

PSYCHOLOGY

Henry L. Jansen and John G. Paterson

A psychological assessment would appear to be indicated, even though some psychological test data exist, in the form of achievement and intellectual test scores, now on hand. These test data could be utilized, along with other information, to point a direction for treatment, not only for Belinda's physical disabilities, but also for her emotional and psychosocial difficulties.

(a) Psychological Assessment

First, a complete neuropsychological test battery would need to be administered. These test data would be helpful in pointing out areas of strength, as well as weakness in this child. It would also be necessary now, to pinpoint areas of cerebral dysfunction, in order to assist educators, in planning an individualized program of instruction for Belinda. Finally, these test data would assist in determining if there is any continuation or progression in her organic dysfunction.

Personality testing is also required. In this instance, projective as well as objective test data are required to determine problem areas both at home and at school. Some estimate of Belinda's self-concept is vital, as it is known children often function more in line with perceived, than actual ability level. Other test devices, utilized by the psychologist, might include drawings, story telling devices, sentence completions, picture descriptions, etc. The treatment team must have accurate data about Belinda's perceptions of her strengths and weaknesses, and major problem areas. Advice to important "others" in Belinda's life space would be influenced by her own perceptions of her problems and how they developed.

While some intellectual testing has been done, the psychologist would either need to interpret these scores, or engage in further assessment. Preferred learning modalities would need to be discovered and utilized by Belinda's teacher, as an individualized learning program is developed.

(b) Remediation

The school psychologist would be in a crucial position to influence decision-making with respect to school placement. An immediate informal assessment could be made from classroom observation. If Belinda is to remain in regular class, the classroom teacher and her classmates will need assistance in learning to accept her as a person, as well as challenge her to improve her basic communication and learning skills. That decision could well be influenced by the philosophy, as well as the resources, within the school district. At the present time the debate over

"mainstreaming" in education has not been settled. The parents of Belinda will need to be satisfied that Belinda is in a situation where she is safe, and feels wanted by her teacher and classmates. The school psychologist might then be in the best position to ensure that the resources of the district and community are brought to the aid of this child. In any event, Belinda will likely need individualized instruction, resource room assistance, specialized speech instruction, and family counseling. The number of different specialists performing these functions will be dependent on community resources, but educationnally, they must all be provided. If Belinda's crying spells and emotional outbursts continue, she may also need emotional support through individual counseling. This help may or may not be provided by the school psychologist.

EDUCATION WITH SPECIAL CHILDREN

David Baine

Some special education teachers might wish to begin their work by reviewing the information available from other professionals who have assessed Belinda. The types of information that the teacher may seek are:

(a) Belinda's current capabilities in various areas of performance such as motor, sensory and language;
(b) deficits in these and other areas of performance and methods likely to influence or limit current and future capabilities;
(c) ways in which a deficit in one area of performance is likely to influence functioning in other areas;
(d) activities that Belinda should not attempt because of her shunt, her visual deficits or the hypertonic state of her leg muscles;
(e) signs or symptoms relating to neurological, sensory, emotional or biochemical functioning that the teacher should monitor;
(f) any remedial activities recommended to the teacher by professionals such as the speech - or physio - therapist, and the psychologist;
(g) possible limitations to the teacher's remedial activities in areas such as speech therapy; and
(h) description of the intended effects and side effects of medication and other forms of treatment that Belinda will be receiving.

The teacher's primary focus is on the assessment and teaching of academic skills. In the absence of sufficient information, the teacher might administer a standardized, normative achievement test of arithmetic, reading and language. Where relatively low achievement is observed the teacher may administer both formal, standardized and informal diagnostic tests of skills such as syllabication, phonics, and auditory closure. Belinda's response to different materials and instructional techniques would also be evaluated. The purpose of diagnostic testing would be to determine what prerequisite academic skills Belinda has or has not acquired, what cognitive or perceptual deficits are influencing her performance, and what instructional materials and procedures are most suitable to her. Information regarding a child's general level of achievement and cognitive and perceptual functioning is sometimes provided to the teacher by the educational or school psychologist. The achievement and diagnostic information derived by the teacher is

usually obtained in a number of different testing sessions distributed over several weeks. During this time the teacher may also record systematic observational data about Belinda's usual style of performance under a variety of typical classroom conditions. For example, the teacher may record the antecedent and consequent events and the frequency and duration of Belinda's episodes of crying, emotional outburst and hyperactivity. The teacher may wish to determine under which conditions these behaviours occur, and in what manner the behaviours are modified by changes in environmental events. Observations will also be made of Belinda's auditory, visual and motor performance under various conditions. For example, the teacher may observe changes in Belinda's visual responses to various types of visual stimuli, and modified approaches related to reading, lighting and seating arrangements. The information obtained from these analyses will be used to develop suitable individual and group, behavioural and instructional management techniques. Where necessary information from other professionals is not already available, the teacher, depending upon his/her training, may administer a variety of screening and/or diagnostic tests in areas such as language, speech, audition and vision.

Given the information derived from all sources, the teacher will select suitable long (year-end) and short (intermediate) goals for Belinda in motor, academic, sensory, social and other areas of performance. In addition, the teacher will develop, or select and modify suitable teaching materials and instructional and behaviour management techniques.

Some areas of Belinda's performance may be monitored continously throughout the year. For example, her hyperactivity, emotional outbursts, and her rate and style of response to various instructional conditions. Other areas of performance may be subjected to periodic testing, for example, her general level of achievement in reading. The information from the continuous and the periodic tests may be used to modify instructional and behavioural management techniques, adjust long and short-term goals, refer Belinda to other professionals for additional testing, and provide feedback to other professionals about changes in Belinda's performance.

OCCUPATIONAL THERAPY

Karen Goldenberg

The specific expertise of the occupational therapist is to use purposeful activity for assessment and remedial objectives.

Based on the case data, an assessment would focus on sensory motor function and self-care. These findings would be considered with information on intellectual functioning and social relationships. The assessment tools that could be used by the occupational therapist are: 1. The Physical/Functional Assessment; 2. The Southern California Sensory Integrative Tests (SCSIT); 3. The Beery Test of Visual Motor Integration; 4. Parent interview and questionnaire; 5. Home and school assessment.

1) A physical/functional assessment based on a developmental approach would be completed to include the areas of personal care skills, gross motor/mobility skills, and fine motor skills. Belinda would probably be independent in eating, washing face and hands, brushing teeth, toileting and in most dressing skills. She might present with difficulties in fine motor planning and coordination as seen in the manipulation of puzzles, toys, small buttons,

and in poor writing and drawing skills, use of scissors and grasp. Gross motor skills are known to be deficient and in conjunction with poor motor planning skills she would have problems in hopping, skipping, jumping, throwing and catching.

2) The most extensive test administered by the occupational therapist would be the Southern California Sensory Integrative Tests (SCSIT), which includes the Postrotary Nystagmus Test (PRNT) as one of its subtests. The major areas of function covered are: visual perception, somatosensory perception, motor performance and vestibular function. In conjunction with the SCSIT and the PRNT, a set of clinical observations are done. Collectively the results of these procedures would identify problem areas and be the basis for setting treatment objectives.

   Belinda's impaired vision would most likely result in poor visual perception scores. Poor vestibular function might be evident as seen in her poor balance, abnormal eye pursuit, incomplete interpretation of the postural reflexes, and hypo-responsiveness to spinning (PRNT). It is expected that she would have poor fine and gross motor coordination and inability to perform slow motion and diadokokinesis. A lack of strong hand dominance, as demonstrated by her use of her right hand for holding a pencil and left hand to cut with scissors, might reflect poor functioning in bilateral integration, motor planning and lateralization.

3) The Beery Developmental Test of Visual Motor Integration would discriminate whether the difficulty in copying figures is primarily related to visual perception or motor control or if the difficulty is in integrating visual input with motor output.

4) The parent questionnaire and interview would probably indicate noticeable delays in developmental milestones, considering the hospitalization required for corrective procedures within the first 26 months of her life. Lengthy hospital admissions, with many changes in primary caregivers, could have produced problems relating to bonding and delays in the normal developmental stages. Parental cooperation is necessary to successfully plan and implement a therapy program. Therapist and parents must have compatible goals if intervention is to be successful.

5) Home visits would provide information on the physical environment of the home and direct observation of family interaction. Several visits might be required before more relaxed behaviour is observed. A school visit to meet with the teacher, review school records, and observe Belinda in her classroom would probably reveal that she is hyperactive, unable to attend for long periods, has poor visual motor skills, no established hand preference, and poor peer relationships. Occupational therapy recommendations could include moving Belinda closer to the front blackboard, altering the actual seat to afford the best support for desk activities, and positioning her to reduce the effect of classroom distraction. Baselines on hyperactivity and distractibility would be used to plan structured classroom activities to increase task-oriented behaviours.

In summary, performance success would be important to build Belinda's self-confidence. Treatment programs for adapting activities of daily living to eliminate assistance, for providing neurodevelopmental stimulation, sensory integration therapy and providing activities for enhancing reading, writing and visual perceptive skills would be provided.

During outpatient programs, home visits by a community occupational therapist would help to integrate the treatment program and support the family in carrying out therapeutic goals. Special

consideration would be given to other siblings to ensure that they understand the focus of attention on Belinda and to ensure that their needs are being met. Support to the mother in meeting some of her own needs can also have a positive impact on the treatment of the child. Through the use of structured activities such as play and self-care or specifically designed sensory-motor experiences, it would be anticipated that Belinda's functional independence would increase.

PHYSIOTHERAPY

Deborah Richmond

Belinda would initially be seen by the physiotherapist in conjunction with the multi-disciplinary screening team. The recommendation would be made that she attend the department on a weekly basis in order that a program aimed at improving her gross motor abilities could be devised and carried out in cooperation with her parents and the physical education teacher at her school.

As part of the baseline assessment the physiotherapist would choose to use the Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency to determine Belinda's running speed, agility, balance, strength, visual motor control, response speed, coordination and dexterity. Belinda might find the test to be interesting and fun, a reaction typical of most children. The physiotherapist would also examine Belinda's legs to determine the range of movement and whether abnormal muscle tension was present. A videotape would be made of Belinda's movements, so that subsequent progress would be readily identifiable. The initial picture might be one of a rather clumsy and awkward child who will benefit from the special skills of the pediatric physiotherapist.

Dr. and Mrs. Karel Bobath of London, England, have developed over the past 35 years a therapeutic approach to cerebral palsy and other neuromotor problems which is known internationally as Neurodevelopment Treatment (N.D.T.). The Bobaths have consistently advocated the team approach, consideration of the child as a whole, and the necessity of practical carryover in the day-to-day handling of the child by parents, teachers, and any others involved in the child's care. The NDT concept, centres on inhibition of abnormal reflexes, postural tone and motor patterns, with subsequent or simultaneous facilitation of more normal movement components.

Treatment of a child like Belinda along NDT lines ought to be both dynamic and creative, and thus a thoroughly enjoyable experience for both parties. The modern physiotherapy gym in a pediatric facility contains an interesting assortment of equipment, the most popular being colourful gymnastic balls ranging in size from 30 to 150 cms. in diameter. These can be used to promote relaxation of muscles, and improve balance, coordination and postural symmetry. Through the control provided by simple equipment and the therapist's hands, the child experiences the feeling of more normal and refined movement. Gradually less external control is needed as the more normal patterns become integrated through repetition of these carefully selected sensori-motor activities. Certainly the physiotherapist would also expect to achieve the most fundamental of goals, that of preventing the development of contractures and deformities in the areas of the tight muscles as the child grows, through these techniques of handling and activity.

The physiotherapist's ingenuity would be taxed in devising activities which would be appropriate to Belinda's age and functional level, and could easily be carried out by her parents between visits to the clinic. Gradual progression and a great deal of variety would be essential to

maintain Belinda's motivation to improve. If her full potential is to be realised full co-operation would be essential between members of the rehabilitation team, parents, school personnel and Belinda herself.

Belinda would probably not require weekly physiotherapy on a long-term basis. However, it would be essential to reassess her periodically at least until she has completed her growth. The Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency would be a useful tool to employ, perhaps on a yearly basis, to review Belinda's progress. The physiotherapist would seek to advise her parents on suitable extra-curricular activities such a swimming and horseback riding. It would be crucial to Belinda's overall development to find activities in which she would participate on a truly equal basis with her peers.

DENTISTRY

David J. Kerry

We would address the problems of this nine-year-old girl with a history of feeding problems from birth, that were resolved by the use of a palatal feeding plate placed by a pediatric dentist. As the history would indicate, she would have attended outpatient clinics in orthodontics and pediatric dentistry where she had her premaxilla repositioned prior to plastic surgical repair of the cleft palate. Dental recall visits would have followed on a twice-yearly basis and some dental restorations (fillings) were placed during that time. She might not have been brought for recall appointments from age seven until this assessment appointment.

Hypothetically, on examination, Belinda presented with a hole closed by tissue (fistula) in the front of her palate and open fistulas on each side of her premaxilla. Two upper permanent front (incisor) teeth had erupted in the premaxillary area. One was rotated and tipped backward and the lower incisors were crowded between the primary canine teeth. Her entire upper jaw fitted inside the lower jaw when she closed her teeth to bite or chew. This is the opposite to normal occlusion, due to a small upper jaw. The jaw contraction was caused by scar tissue produced by the palate-closing operation.

Orthodontic assessment of tooth-size jaw-size discrepancies and an analysis of her facial form would be completed. The pediatric dentist would diagnose any dental caries, perhaps one serious enough to require pulp treatment (pulpotomy) and the placement of a stainless steel restoration (crown) to maintain the tooth. Suspecting lack of oral hygiene, inflammation of her gums would be checked, as well as possible decalcification of teeth not yet progressed to the stage of being dental caries.

If a permanent canine tooth were found to be horizontally impacted, it would require surgical exposure and the attachment of an orthodontic bracket to permit the orthodontist to bring it into its normal location in the arch. The minor surgery and attachment of the bracket to the impacted tooth would be accomplished at the appropriate time by the pediatric dentist.

Before beginning orthodontic treatment, the dental caries would be brought under control, the teeth restored, and a high level of hygiene be restored and maintained. The orthodontic treatment plan for Belinda would include expansion of the upper jaw, alignment of the upper and lower teeth and obturation of a fistula that will open up in the palate as the upper jaw is expanded. This

would not be a new fistula, just an opening of the existing space that is currently plugged with tissue. A period of retention or "settling in" would be required prior to the prosthetic replacement of two congenitally missing teeth where the upper lateral incisors failed to develop.

The dental hygienist would try to motivate Belinda; and the cleft palate coordinator would combine some of her visits to the dental, speech and ENT clinics so that hopefully her mother's compliance with appointment schedules would improve. Belinda would have the restorative phase of her treatment completed within two months and be in braces within a year. She would have the surgery to expose her upper canine tooth around 12 years of age. By 18 years her teeth would be aligned and a removable denture fitted. This denture would close the small fistula in the front of her palate, hold her upper jaw in its ideal position and provide her with a pleasing appearance and a functional dentition. She might require a fixed appliance (bridge) when her jaw growth has stabilized to provide her with a long-term prosthesis.

This "final result" would require continued attention as would her natural teeth. Belinda's cleft palate, with the continuing necessity for the retention of a prosthesis, would create an even greater than normal need to maintain her natural teeth throughout her life. She would always have to wear a prosthesis and her natural teeth would be the retainers holding it in place.

In addition, the economic factor would need to be considered. In many provinces it is still necessary for the parents to pay the full costs of maintaining the dentition as well as for special needs of children, such as Belinda. Without the orthodontic treatment phase, the periodontal, restorative and prosthetic treatment cannot achieve its potential. Although medical costs covered by federal and provincial insurance plans might exceed $25,000, the final result could be seriously compromised for the lack of approximately $5,000 in dental treatment fees that some parents could not afford.

SOCIAL WORK

Gayle C. James

The social worker would begin with the "existing written information"; knowledge about the development of children and family functioning; skills at interviewing, contacting/contracting/relationship formation; and knowledge of the resources required to manage a multiple handicapped child. One would need to know whether or not the parents have progressed through the stages of reaction that are typical for parents of handicapped children well demarcated in the writing of Kubler-Ross and of Kronick: shock, denial, anger, depression, and acceptance.

In consulting with the parents and completing the social history, information on abortions experienced should be collected. The social worker would not assume that if other abortions existed, they were spontaneous rather than elective, and would be interested in the reasons for this family's persistence in having children when the "negative" outcomes of their efforts have usually been occasions for pain, loss, and perhaps guilt. It would also be of interest to discover the sequence of any live births, abortions, or perinatal deaths.

One cannot see this family apart from their interdependence with the society in which they live and a great number of the services that they will have required for Belinda. Services that they may have required as a couple may not have been provided by the culture at large. A child that

requires such extensive and prolonged medical care is much more easily served in the major metropolitan areas in Canada than the same child would be in remote or rural locations.

Another important part of the social history would be to determine the level of economic sustenance of this family unit. If this family is an economically viable unit, then one must question the degree of acceptance of the child by the parents if this child is appearing in a condition that would indicate a lack of treatment to the point of neglect.

Further, during the "family" section of the social history, one has a variety of areas to explore. The reasons for the tension between the parents if it exists, which can vary over a wide range including dissatisfaction with the marital relationship itself; the frustration of dealing with a child with multiple handicaps and a long-term prognosis that appears (at best) to be guarded; frustation and tension over the numbers of professionals involved in one's life; and tension over the fear of raising a handicapped child in a culture that does not have a history of kindness towards the handicapped. As well, that one parent would prefer that Belinda attend a special school and the other insist that the child remain in a regular school may have nothing to do with the interaction of the parents at all, but may have to do with their own assessment of the suitability of the available educational resources. In social work terms, the locus of the problem may indeed lie outside the parents and, unfortunately, may lie outside the parents' control in any event. The right to education is restricted in most provincial school jurisdictions while at the same time parents are required, by law, to have their children on the school premises. In a particularly hurtful twist of logic, the parents, in addition, are seen as authors of their own misfortunes and the associated professionals may "blame the parents" for having had the child in the first place.

The climate of the hospital and its personnel and their operational procedures, in which Belinda and her family must survive, may have more to do with her treatment than any of her diagnosed disorders. The continuity of treatment and the coordination of all the treatment efforts of all the professionals that have been involved in this child's life will be highly dependent on the relationships that these professionals have, one with the other. Few professions, unfortunately, require that their members treat <u>other</u> disciplines with the same degree of honesty, fairness, and human decency that they require of their members in treating patients/clients.

In the instance of Belinda, the total number of professionals that need to be worked with and through to accomplish the complete work that needs to be done for the life span of this child, would reach approximately 17 and be of considerable expense to the social service, health care, and educational delivery systems. These professionals would be supported by an infrastructure of health, education, and welfare personnel, in untold numbers, that would look after the initiation, funding, delivery, and evaluation of programs of service to children with disorders of all kinds. In this morass of highly necessary personnel, someone has to take charge of this child's management and outcome, lest the whole array of highly skilled professionals resemble a leaderless army in their approach to dealing with Belinda and her family.

Contribution of the Specialist Social Worker

A specialist social worker would focus on the relationship among the family members in an attempt to resolve the tension between the parents, particularly around the problem of whether or not Belinda should attend a special school.

The means of conflict resolution would be regularly scheduled sessions with all or some of the family members and the methodology would be "family work", "family therapy". Depending on

different philosophies, the family work would take on different emphases. Those workers with a problem-solving approach would use the current problem, i.e. Belinda's school placement, as a vehicle for teaching this family problem-solving skills that they can use when faced with other difficulties. Workers with a communications focus would guide family interaction to more open and risk-taking patterns of communication so that self-esteem of family members may be increased, and role performance frustrations and extra-familial tensions may be resolved together in an atmosphere of reciprocal trust and support. Social workers with a general systems theory approach to family work would focus on the balance of power and love relationships among family members; on the tendency of parents to react to their children's behaviour as theirs was reacted to in their own families-of-origin; how open closed the family system is; (how able the family is to incorporate changes in its life and to adapt themselves accordingly) and what energy the family possesses to work on its difficulties.

The goals of family therapy may be to improve family functioning, as an end in itself; or they may be, as in the case of Belinda, to improve functioning so that the entire family may be free to incorporate assistance for Belinda when it is made available by members of the rehabilitation team. In a "secondary" setting (for social workers) such as a health care setting, the second goal is the more common one, as the mission of the entire organization is to provide a broad package of health-related services rather than to function primarily as a social agency.

N U R S I N G

Doreen Paddon

As a child with special needs, Belinda would be seen frequently at school by the public health nurse not only to assess and support her but also to assist teachers and school personnel to understand the child's capabilities, her problems, and to help make any adaptations to her environment that are practical and possible. For example, if Belinda were sent by her teacher to the nurse because of an irritated scalp, examination of hair and scalp would be carried out. If discovery of pediculosis were made, Belinda would be sent home from school with an explanatory note to her parents. Phone contact would be made with the parents by the nurse to notify them of the findings and to arrange a suitable time for a follow-up nursing visit to the home. At the same time, children of Belinda's class would have their heads examined for evidence of pediculosis.

Home visits would be made to advise the family about the necessity of shampooing all members with an effective agent to rid any hirsute body areas of lice and their eggs. Cleansing of all bedding and clothing would be discussed also at this visit. Subsequent follow-up home visits would be made to continue relevant education in order to prevent reinfestation.

Belinda's eyes would be tested at the time of the school medical room visit using the Snellen Test for visual acuity and the Titmus Test. If her present glasses were found to be inadequate, a referral would be made to Belinda's ophthalmologist and need for an appointment discussed with the parents during the next home visit.

At each contact with this family, acute observation of parent/child interactions would continue based on the knowledge that both covert and overt abuse have been documented in children perceived by parents as 'deformed' or 'different'. Advocacy and continual anticipatory guidance would be

provided regarding management of simple behavioural concerns; preventing repiratory or ear infections; and importance of dental hygiene. Free discussion would be encouraged about family emotions (anger, frustration, disappointment, grief, isolation) and the many troubles this family would encounter in helping Belinda grow and develop to her maximum potential as a human being.

B. CONFERENCE SUMMARY

DIAGNOSIS:

1) Multiple congenital abnormalities
2) (R) microphthalmia; (L) cataract
3) Bilateral mixed hearing loss
4) Motor incoordination
5) Receptive/expressive speech-language delay with articulation problem and hypernasality
6) Cognitive deficit
7) Dental caries and malocclusion

Pediatrics:

A 9 6/12 girl with multiple congenital abnormalities necessitating several previous surgical procedures. Currently she is at a grade one level in reading and arithmetic at school: general health is stable though home and school report her as "hyperactive". Parents divided as to segregated or integrated school setting preferred. Exam: Height and Weight are at less than 3%-ile for calendar age while head circumference is at the 2%-ile. Ears have been surgically revised, are devoid of cartilage and the canals are atretic. Bilateral serous otitis present. (R) eye small with coloboma; (L) cataract but can perceive light. Cleft palate and lip have been repaired with persisting pre-maxillary fistula. Teeth are carious and ectopic teeth at pre-maxilla area. Tone increased in lower extremities and heel cords bilaterally tight. Balance and equilibrium impaired. Recommend: 1) Obtain height and weight of natural parents; thyroid enzyme assay and bone age on Belinda. 2) genetic consultation 3) ophthalmology consultation 4) otological consultation with audiology follow-up 5) referral to cleft palate-cleft lip clinic for coordination of plastic surgery, dentistry orthodontics and speech pathology 6) orthopedic and physiotherapy review re appropriate management 7) occupational therapy assessment re coordination 8) intellectual and behavioural assessment with indicated counselling for Belinda and her family.

Psychiatry:

With her congenital abnormalities a direct effect of abnormal brain function is suspect plus psychological and emotional behaviour consequences of her physical and cosmetic appearance. Her extensive involvement has led to an abnormal rearing environment, abnormal parent-child and self-sibling relationships which place this family under considerable stress. A family assessment will be undertaken by the psychiatric social worker and counselling commenced regarding the home/school environment. Medication may be required for her hyperactivity.

Dentistry:

Open fistulae bilaterally at the pre-maxilla plus ectopic upper incisors and canine. Upper jaw within lower jaw when biting. Upper jaw will require expansion plus obturation of the fistulae increased by that expansion. Her malocclusion will require orthodontic management following treatment of her extensive caries. Propose dental restorations within two months; braces within one year; surgery to the ectopic teeth at age 12 years and permanent upper denture by age 18 years.

Speech Pathology:

Hypernasal speech and velopharyngeal incompetence with prior repair of cleft palate-lip. Wish to assess further by cine-radiographic studies, airflow studies and possible fibreoptic endoscopy. Articulation assessment reveals defective /s/, /sh/, /ch/ and /j/. Language level appears to parallel her cognitive level. Recommend: Intensive therapy to improve her hypernasality, articulation and language skills in conjunction with her follow-up by cleft palate-lip clinic regarding need for pharyngoplasty or speech bulb. Will need to learn to monitor her own new speech sounds as they progress.

Audiology:

Bilateral, mild, mixed loss not amenable at present to medical or surgical treatment. External ears unable to support behind-the-ear aids. Will attempt to fit in-the-ear aids though atretic canals; will present a problem. Regular monitoring of the hearing will be required in conjunction with her otologic reviews. Preferential seating in the classroom will also be needed.

Occupational Therapy:

Independent in activities of daily living. Ocular pursuits limited and functional vision reduced. Gross motor skills are functional but reduced in quality. Fine-motor skills reduced including manipulation of puzzles, toys, clothing closures, paper-pencil tasks, scissors. No hand dominance established. Recommend: Administration of Southern California Sensory Integration Tests (SCSIT) to assess visual and somatosensory perception; motor and vestibular function. Home and school visits will be arranged to observe her function in those settings and provide appropriate adaptive suggestions.

Physiotherapy:

Gross motor function of reduced quality. Videotape obtained as baseline. Recommend: Weekly physiotherapy for few weeks to develop program to improve gross motor abilities; physical education at school plus activities at home. These to include swimming and horseback riding to facilitate peer interaction. Monitor program annually.

Nursing:

Referral data reviewed and confirmed at parental interview. No suspicion here of parent rejection or overt/covert abuse. Recent episode of head lice has resolved and household reportedly clear. Her medical/dental needs are currently receiving attention or appropriate referrals have been initiated. Will alert school nurse and liaise with her re ongoing needs.

Psychology:

Neuropsychology and personality testing undertaken. Generally functioning in keeping with her current school grade scores (grade one) at calendar age of 9 6/12. This was interpreted to the parents and will be shared with the school together with the recommendation for either individualized instruction or resource room help together with speech pathology. If her emotional outbursts continue she may require help from the school psychologist/counsellor.

Education:

Reading and arithmetic are at a grade one level. Visual skills are reduced as is hearing and auditory memory. Speech-language function is reduced with her cleft palate-lip. Placement in a setting with an aide or in a learning centre with speech therapy would be appropriate.

Social Work:

Parents appear accepting and supportive of Belinda. As this family will need specialized medical and education facilities they should continue in proximity to a major centre where such facilities are available. Parents made aware of "handicapped children's services" which can be accessed for such children. This child's needs are multiple, require numerous individual professionals and disciplines. Their coordination will be a challenge which must be met to provide continuity, compliance and benefit to Belinda and her family.

PROBLEMS IDENTIFIED:

1. Clarification of growth status and appropriate referrals for medical management
2. Behaviour problem
3. Dental caries: malocclusion; pre-maxillary fistula and ectopic teeth
4. Hypernasal speech; delayed language; articulation errors
5. Bilateral mild, mixed hearing loss
6. Gross and fine motor incoordination; poor balance and equilibrium
7. Cognitive delay (intellectual deficit)
8. School placement
9. Linkage with required support services

RECOMMENDATIONS RE ABOVE PROBLEMS:

1. a) Investigation of growth by attending M.D.
   b) Genetic, ophthalmologic, otologic referrals (done).
   c) Cleft palate-cleft lip clinic referral (done).

2. Psychiatric social worker to arrange family visit/assessment
   Psychiatric counselling to follow. (Dr. X)
3. Dental restorations (Dr. Y.) Orthodontic management at direction of cleft-palate cleft-lip clinic.
4. Speech follow-up and therapy in conjuntion with cleft-palate clinic.
5. Trial of in-the-ear aids with follow-up in conjunction with otologist.
6. Further occupational therapy assessment (SCSIT). Home and school visits and suggestions.
7. Share findings with school and alert school psychologist/counsellor re possible need for counselling.
8. Special class placement and preferential placement within the classroom re hearing, cognitive level. Resource room or aide advisable.
9. Referral appointments reviewed with parents. Parents aware of "handicapped children's services" Contact person from this facility will maintain contact re referral results. Local public health nurse also aware of appointments made.

Équipes de réadaptation: Action et interaction

ÉQUIPES DE RÉADAPTATION:
ACTION ET INTERACTION

Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé

ÉDITEURS:
Einar Boberg et Eve Kassirer

PUBLICATION AUTORISÉE PAR LE
MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

Les opinions exprimées dans ce
document relèvent uniquement
des auteurs et ne reflètent pas
la politique officielle du
ministère de la Santé nationale
et du Bien-être social.

OTTAWA
DÉCEMBRE 1983

ON PEUT OBTENIR DES EXEMPLAIRES
DE CE RAPPORT EN S'ADRESSANT À:

La Division des services en établissements et des services professionnels
Direction des services de santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Copies are available in English
under the title
"Rehabilitation Teams:
Action and Interaction"

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1984
N° de cat. H39-70/1984F
ISBN 0-662-92524-6

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
	COLLABORATEURS	v
	INTRODUCTION DES ÉDITEURS	vii
CHAPITRE 1	DENTISTERIE	1
CHAPITRE 2	ÉDUCATION SPÉCIALISÉE	15
CHAPITRE 3	MÉDECINE	25
CHAPITRE 4	SOINS INFIRMIERS	39
CHAPITRE 5	ERGOTHÉRAPIE	51
CHAPITRE 6	PHYSIOTHÉRAPIE	63
CHAPITRE 7	PSYCHIATRIE	77
CHAPITRE 8	PSYCHOLOGIE	87
CHAPITRE 9	TRAVAIL SOCIAL	99
CHAPITRE 10	ORTHOPHONIE ET AUDIOLOGIE	113
	CONCLUSION	135
	ANNEXE: ILLUSTRATION DU CAS DE BELINDA	137

COLLABORATEURS

DAVID BAINE, ED D	Professeur adjoint, Special Education, Department of Educational Psychology, Université de l'Alberta, Edmonton
R.C. BLAND, MB, CH B, FRCP (C), MRC, Psych	Professeur, Département de psychiatrie, Université de l'Alberta, Edmonton
EINER BOBERG, Ph D	Professeur, Département d'orthophonie et d'audiologie, Université de l'Alberta, Edmonton
E. SHARON BRINTNELL, M SC, OT (C)	Professeur adjoint, Département d'ergothérapie, Université de l'Alberta, Edmonton
MARY B. CARDOZO, MA	Directrice, Clinique d'orthophonie, Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal
BRYON M. GERO, MSW	Surveillant de programmes, Children's Services, Ontario Ministry of Community and Social Services, Toronto
KAREN GOLDENBERG, B SC OT	Directeur exécutif, Community Occupational Therapy Associates, Toronto
GAYLE G. JAMES, MSW	Professeur adjoint, Faculty of Social Welfare, Université de Calgary, Edmonton
HENRY L. JANZEN, Ph D	Directeur, Psychological Testing Centre, Faculty of Education, Clinical Services, Université de l'Alberta, Edmonton
EVE KASSIRER, MA	Sociologue médicale, Direction des services de santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa
DAVID J. KENNY, DDS, Ph D	Dentiste en chef, Hospital for Sick Children, Toronto
DOREEN PADDON, RN, MPH	Conseillère aux programmes, Maternal and Child Health, Edmonton Local Board of Health, Edmonton
JOHN G. PATERSON, ED D	Coordonnateur, Faculty of Education, Clinical Services, Université de l'Alberta, Edmonton
BARRIE PICKLES, MS, MCPA	Doyen adjoint et directeur, School of Rehabilitation Therapy, Université de Queen's, Kingston
DEBORAH RICHMOND, B SC, MCPA	Surveillante clinique en physiothérapie, Credit Valley Treatment Centre for Children, Mississauga
KRISTA RIKO, M SC (App)	Audiologiste en chef, Hôpital Mount Sinai, Toronto
ROBERT SHEA, MD, FRCP (C)	Consultant en pédiatrie, Glenrose Provincial Hospital, Edmonton
JEAN F. WALKER, MA	Président, Graduate Department of Speech Pathology, Université de Toronto, Toronto
G.D. WATSON, MD FRCP (C)	Professeur clinique adjoint, Département de psychiatrie, Université de l'Alberta, Edmonton

INTRODUCTION DES ÉDITEURS

Le but principal du présent rapport est de rehausser la qualité des soins en sensibilisant les professionnels de la santé aux connaissances et compétences propres à diverses professions reliées à la réadaptation. Afin d'atteindre ce but, les auteurs ont fourni des renseignements sur:

- les caractéristiques de leur profession;
- l'interaction entre leur profession et les autres disciplines qui sont représentées dans les équipes de réadaptation;
- le lien entre cette interaction et la qualité des soins.

Les lecteurs devraient considérer ce document comme un rapport à discuter en groupe. Comme tel, il vise à encourager non seulement le dialogue entre les professions reliées à la réadaptation, mais aussi la réévaluation de leurs modes de collaboration. Certains commentaires des auteurs indiquent une collaboration importante; d'autres commentaires expriment des problèmes dont il faut s'occuper. Il est à espérer qu'un tel dialogue permettra d'obtenir un niveau plus élevé de collaboration et une meilleure compréhension.

Le manque de compréhension relativement aux diverses compétences est attribuable, en partie, aux programmes de formation. En général, les étudiants inscrits au programme de formation professionnelle d'une faculté n'ont que des contacts superficiels avec les étudiants des autres facultés. Le Département d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de l'Alberta peut servir d'exemple pour illustrer le fait qu'il est difficile de préparer des étudiants à assumer un rôle efficace au sein d'une équipe interdisciplinaire. En plus des cours et de la formation clinique qu'ils reçoivent à la Faculté de médecine de réadaptation, les étudiants en orthophonie et audiologie étudient aussi la psychologie, la linguistique, les sciences de l'enseignement et les sciences médicales et dentaires se rapportant à leur profession. À première vue, il semble qu'une telle formation offre une riche expérience interdisciplinaire; en fait, il existe des limites sévères. Chaque cours pris dans une autre faculté donne une vue assez étroite de la profession reliée à cette discipline académique. Les étudiants ont rarement l'occasion de voir d'autres professionnels dans le rôle qu'ils jouent tous les jours au sein de l'équipe de réadaptation. Pourtant, quand les spécialistes du langage et de la parole doivent, peu de temps après avoir reçu leur diplôme, remédier aux problèmes d'élocution de l'enfant né avec un bec-de-lièvre, par exemple, ils doivent collaborer, sur le plan professionnel, avec infirmières, pédiatres, travailleurs sociaux, psychologues, chirurgiens et psycho-éducateurs. Il n'est par étonnant que beaucoup de jeunes professionnels s'empêtrent dans les attentes et les conflits professionnels pendant les premières années de leur carrière.

Bien qu'on ait utilisé l'exemple du programme d'études en orthophonie et audiophonie pour illustrer le problème, les mêmes lacunes existent dans la formation offerte par les autres disciplines de la santé. En général, les jeunes professionnels de la santé, ainsi que certains professionnels expérimentés, ne sont pas suffisamment renseignés sur les connaissances et les compétences propres aux autres disciplines qui sont représentées dans les équipes de réadaptation — ce qui fait obstacle à l'amélioration de la qualité des soins.

Afin de faire connaître ces compétences spécialisées, dix personnes représentant diverses disciplines liées à la réadaptation ont été invitées à écrire un chapitre décrivant leur propre profession. Ces chapitres sont présentés dans ce rapport en ordre alphabétique. Conformément à

l'agencement prescrit, les auteurs ont donné des renseignements sur des caractéristiques qui sont utilisées traditionnellement dans le cadre de l'analyse sociologique des professions, et qui sont les suivantes:

- données historiques et milieux de travail;
- sphère de connaissances propres à la profession;
- compétences cliniques propres à la profession;
- droits et responsabilités de la profession;
- expériences subjectives et attentes professionnelles;
- sources de référence.

Les auteurs ont été choisis selon les critères suivants: expérience du modèle interdisciplinaire de réadaptation et engagement solide relativement à ce système; activité actuelle au sein de leur profession (service clinique ou programme de formation); personnes tenues en haute estime dans tout le pays en raison de leur contribution professionnelle.

Les auteurs principaux ont demandé à un ou deux confrères de les aider à préparer leur chapitre. De plus, les auteurs ont fait réviser leur chapitre par des confrères occupant des postes supérieurs avant de les faire parvenir aux éditeurs. Ces réviseurs sont nommés à chaque chapitre. Certains auteurs se sont servis de leurs associations provinciales et nationales comme ressources et ont, entre autre, interrogé les membres de ces associations sur leur profession. Le lecteur est toutefois averti que, malgré le processus de révision, les auteurs doivent être considérés comme des particuliers présentant leur impression personnelle des caractéristiques et de l'interaction de leur profession. Les auteurs ont accepté la responsabilité de faire une présentation adéquate de leur profession. Les auteurs ont été invités à exprimer leurs impressions personnelles; celles-ci ne reflètent pas nécessairement les opinions de leur association professionnelle ou de leur employeur.

Ce volume ne présente pas toutes les professions qu'on retrouve dans les équipes de réadaptation. À cause de l'espace limité, dix disciplines seulement y sont décrites; ce sont celles qui, de l'avis des éditeurs, jouent un rôle très important dans le processus de réadaptation. Un chapitre distinct est consacré à la psychiatrie, bien que cette discipline fasse partie du domaine de la médecine. Comme le cas d'une enfant est donné en démonstration, un pédiatre a été invité à écrire le chapitre traitant de la profession médicale; la pédiatrie est donc fortement accentuée. Le cas de Bélinda, qui est décrit à l'annexe, offre une manière d'unifier toutes les spécialités et permet aux auteurs de décrire la contribution que leur discipline peut apporter à l'équipe de réadaptation. Pour compléter le rapport, les éditeurs ont écrit une introduction et une conclusion.

Il est à espérer que ce rapport sera utile à plusieurs groupes de personnes qui cherchent à rehausser la qualité des soins: les professionnels de la santé, les organismes de réadaptation, les administrateurs d'hôpitaux, et particulièrement les étudiants et les professeurs des programmes de formation en réadaptation, où il y a de grandes possibilités d'effectuer des changements.

Les éditeurs tiennent à remercier les auteurs, les co-auteurs, les réviseurs et les associations professionnelles qui ont contribué à la réalisation de ce rapport. Les opinions exprimées dans cette publication, par les personnes susmentionnées et par les éditeurs, relèvent uniquement de ceux qui les énoncent et ne constituent pas une déclaration de la politique officielle du gouvernement fédéral.

Einer Boberg et Eve Kassirer

David J. Kerry

I. DONNÉES HISTORIQUES ET MILIEUX DE TRAVAIL

(a) Historique

En Amérique du Nord, c'est au début du dix-neuvième siècle que la dentisterie est devenue une profession à part entière, séparée de la médecine. Cette séparation est confirmée en 1840 avec l'institution de la Society of Surgeon Dentists of New York, l'American Society of Dental Surgeons, l'American Journal of Dental Science et la charte du Baltimore College of Dental Surgery. En se détachant de l'influence de l'établissement médical, la jeune profession prend un essor rapide. Cette autonomie établit une distinction entre la dentisterie nord-américaine et la dentisterie de plusieurs pays d'Europe centrale. Par conséquent, on constate des différences considérables au niveau des philosophies et de la pratique de la dentisterie à travers le monde.

Au Canada, la dentisterie commence à s'organiser en 1867 lorsqu'un groupe de dentistes se réunit à Cobourg en Ontario pour former l'Ontario Dental Association. Peu de temps après, on met sur pied l'association dentaire de la province de Québec et les deux groupes entreprennent des démarches afin d'obtenir une législation pour régulariser leur profession. Le 4 mars 1868, la première loi jamais adoptée au monde sur la pratique de la médecine dentaire, c'est-à-dire l'Ontario Dental Act, crée le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario et lui accorde pleins pouvoirs pour régulariser la profession et établir les normes régissant l'obtention du diplôme. Le 4 avril 1869, une autre loi est adoptée dans le but d'incorporer l'Association dentaire de la province de Québec. Certains problèmes surviennent en Ontario du fait que le nouveau Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario est séparé de l'Ontario Dental Association, qui avait contribué à sa mise sur pied. Pour sa part, l'Association dentaire du Québec est incorporée à part entière et évite les problèmes connus en Ontario (du fait que les dirigeants doivent tenir compte de l'Association et du Collège royal).

Au début, l'organisme fondateur consacre la majeure partie de ses énergies à élaborer divers moyens d'enseignement pour les membres de la profession. Deux modèles en particulier ressortent des premières commissions de certification en dentisterie au Canada. D'une part, celles qui ont leurs propres établissements d'enseignement sont éventuellement affiliées aux universités et, avec le temps, deviennent des facultés de médecine dentaire. Dans d'autres provinces, l'enseignement est donné dans un département de médecine dentaire au sein d'une faculté de médecine et, éventuellement, le département devient une faculté de médecine dentaire de l'université. La première faculté de médecine dentaire à évoluer de façon indépendante est établie au Manitoba en 1958. L'affiliation universitaire permet d'obtenir un diplôme comme Docteur en chirurgie dentaire (D.C.D.) ou Docteur en médecine générale (M.D.). Malgré des différences apparentes, les deux

---

* Réviseurs de ce chapitre: Wesley J. Dunn, Doyen, Faculté d'art dentaire, Université de Western Ontario, London; Dr Arthur T. Storey, Président, Science dentaire préventive, Faculté d'art dentaire, Université du Manitoba, Winnipeg; Dr J. Ublansky, Staff paedodontist, Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa.

programmes sont pareils, le choix du diplôme étant du ressort de la faculté qui le décerne. Avant l'avènement de l'affiliation universitaire, les collèges conféraient des diplômes permettant de pratiquer la dentisterie, mais les praticiens n'étaient pas légalement autorisés à se désigner comme étant "docteur" sans posséder un diplôme universitaire des États-Unis.

(b) Programmes de formation

À l'heure actuelle, dix universités canadiennes offrent un programme en médecine dentaire au niveau du baccalauréat. Sur ce nombre, neuf offrent des programmes de maîtrise et de doctorat. Dix-sept hôpitaux offrent des programmes reconnus par l'Association dentaire canadienne pour les stagiaires. Au début, la formation en médecine dentaire consistait en un programme de cours et de formation pratique d'une durée de deux ans mais, au fil des années, la formation clinique est incorporée dans un programme du baccalauréat d'une durée de quatre ans. Contrairement à la médecine, le stage de médecine dentaire dans un hôpital est une forme élective de formation postuniversitaire. Le stagiaire reçoit un certificat reconnaissant l'année passée à l'hôpital. À l'heure actuelle, le stage est couramment utilisé pour obtenir l'année de pratique requise pour l'inscription au programme de spécialisation postuniversitaire.

Les auxiliaires dentaires, dont les assistant(e)s, les hygiénistes ou les technicien(ne)s de laboratoire, reçoivent une formation au niveau collégial. De plus, certaines écoles de médecine dentaire offrent un programme de formation pour les hygiénistes dentaires. Étant donné la disparité des législations provinciales, la liste des fonctions et des niveaux de surveillance dans l'accomplissement de ces fonctions est, elle aussi, disparate. Les assistant(e)s dentaires, de même que les hygiénistes qui s'occupent de prévention, sont engagés par le dentiste dans le but de lui permettre d'offrir certains services à son bureau. Les technicien(ne)s dentaires travaillent soit dans des laboratoires privés qui reçoivent les ordonnances des dentistes, soit dans des bureaux de dentistes, ou encore, dans plusieurs provinces, ils/elles peuvent desservir le public directement et fabriquer des dentiers sans ordonnance ni surveillance.

(c) Milieux de travail

La grande majorité des dentistes optent pour la pratique privée soit individuellement, soit en groupe. Ils sont entièrement responsables du financement, de la mise sur pied et des frais d'exploitation de leur pratique. Dans la plupart des provinces, ils sont personnellement responsables de leur éducation permanente et ils contribuent à des programmes personnels de retraite et d'assurance. Un pourcentage minime de dentistes choisissent d'être salariés ou de combiner les deux, c'est-à-dire salaire et pratique privée. On retrouve ces dentistes dans les universités, les collèges communautaires, les programmes d'hygiène publique, les hôpitaux et les forces armées.

La dentisterie a pris racine dans la pratique du chirurgien itinérant et jusqu'au début des années soixante, elle est demeurée la chasse gardée des hommes en Amérique du Nord. Avec la venue de dentistes féminins d'Europe et le mouvement de la pratique dentaire vers la conservation des dents plutôt que vers la chirurgie, l'étudiante nord américaine s'est rendue compte que cette profession lui était accessible. À l'heure actuelle, les femmes comptent pour 17 pour cent de tous les étudiants en médecine dentaire aux États-Unis et pour presque 20 pour cent des étudiants de première année en médecine dentaire. Au Canada aussi la tendance vers un nombre sans cesse croissant de dentistes féminins est nettement établie.

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES

(a) Connaissances de base

Quarante-quatre pour cent des étudiants en médecine dentaire sont titulaires d'un baccalauréat en arts ou en sciences, même si ce n'est pas un prérequis à l'inscription. Cette hausse du niveau d'instruction des candidats aux programmes des écoles professionnelles comporte trois avantages. D'une part, l'étudiant a évolué dans un milieu universitaire pendant les deux ou trois ans précédant l'obtention du baccalauréat plutôt que d'être cloisonné pendant un an à l'intérieur d'un cours de prédentisterie. D'autre part, l'étudiant a suivi un plus grand nombre de cours, tant sur le plan scientifique que sur le plan général, en raison de l'année ou deux de culture générale supplémentaire acquise en attendant d'être admis à l'école professionnelle. Enfin, étant plus âgé au moment de l'obtention du diplôme, c'est-à-dire deux à quatre ans de plus, le dentiste nouvellement diplômé semble être plus sélectif dans le choix d'une carrière qu'il ne l'était il y a dix ou vingt ans.

Les cours de base ressemblent à ceux de la médecine et, dans certaines universités, ils sont enseignés ensemble. Tous les programmes de dentisterie et de médecine comportent une base d'anatomie, de physiologie, de biochimie, de microbiologie, de pharmacologie et de pathologie. Contrairement à l'étudiant en médecine qui peut s'orienter vers la dermatologie, la radiologie ou la chirurgie entre autres, l'étudiant en dentisterie doit très tôt s'engager dans la perspective plus restreinte de la pratique dentaire. Par conséquent, on insiste très tôt sur l'application des sujets de sciences pures comme l'écologie microbienne de la bouche, l'histologie et la pathologie buccales, les mécanismes moteurs et sensoriels de la bouche, et les propriétés biochimiques de la salive et de la plaque dentaire. Traditionnellement, les deux premières années d'études du programme professionnel étaient presque entièrement consacrées aux sciences pures, et la quasi-totalité des deux dernières années à la science et la pratique cliniques. Depuis quelques années, on tente d'introduire les sciences cliniques dans les deux premières années et d'étendre les cours de base sur la totalité du programme.

(b) Connaissances et compétences spéciales

L'acquisition des connaissances et des compétences relatives aux aspects techniques de la pratique dentaire demandent un temps considérable. L'étude des matériaux dentaires implique des connaissances au niveau de la chimie, de la toxicologie, de l'effort sur le plan mécanique, des variables de manipulation, de la conception et de l'évaluation. Elle comprend les matériaux inorganiques (amalgames en argent et en or) et les matériaux organiques (résines, ciments, adhésifs). Ceci n'est qu'un exemple de la façon dont les connaissances de base requises pour la pratique de la dentisterie sont identifiées par les cliniciens pour être ensuite étudiées par les chercheurs dentaires à travers le monde*.

---

* De la même façon, la recherche appliquée sur le plan des sciences biologiques (microbiologie, biochimie et anatomie) appuie une philosophie préventive au même titre que le traitement thérapeutique et chirurgical des caries dentaires et des affections périodontiques.

(c) Recherches

Les différences qui existent entre divers pays sur le plan de la pratique dentaire clinique sont moins apparentes au niveau des sciences dentaires pures. Les résultats des recherches sont publiés dans des revues cliniques et des revues de sciences pures. Les dentistes impliqués dans des recherches pures publient dans une gamme de revues touchant plusieurs domaines comme les biomatériaux, la neurophysiologie, la pathologie, l'anthropologie physique et plusieurs autres.

Pour cette raison, il est difficile de mesurer la contribution des dentistes à la documentation des sciences pures sur le plan mondial. En règle générale, les dentistes impliqués dans la recherche sur des problèmes cliniques décident au fur et à mesure du type de revue dans laquelle les résultats seront publiés. Que ce soit la dentisterie, la médecine, la chirurgie, l'orthophonie ou la psychologie, les renseignements seront publiés là ou on en fera la meilleure utilisation.

De la même façon, tous les chercheurs dentaires révisent constamment la documentation et se tiennent au courant des tendances qui se dessinent au sein des domaines médicaux ou spécialisés applicables. L'accès informatisé aux bases de données représente un précieux avantage pour le chercheur en dentisterie clinique qui doit, par exemple, faire une brève révision de la documentation contenue dans plusieurs revues périphériques, effectuer une enquête détaillée dans un important domaine intéressant les sciences pures et, en plus, être au courant des changements qui surviennent en dentisterie clinique.

Une révision Medline du nombre total de citations par sujet d'intérêt nous donne une idée de la recherche effectuée et de l'intérêt porté à la dentisterie à l'heure actuelle. Un examen récent des fiches Medline relatives au répertoire de la documentation dentaire révèle que le plus grand nombre d'articles parus dans les revues se retrouve sous la rubrique de la dentisterie prosthétique. Le deuxième groupe plus important comprend la dentisterie de réadaptation et de restauration, l'orthodontie, la chirurgie buccale et la dentisterie préventive. Le troisième groupe de travaux de recherche comprend la périodontie, l'occlusion, l'endodontie, les soins dentaires et leur prestation, et l'équipement dentaire. Les rubriques qui mentionnent le moins d'articles sont les recherches en pédodontie, en diagnostic et radiologie de la bouche, et en implantation.

La recherche dentaire se fait presque entièrement en milieu universitaire. Elle existe aussi en milieu hospitalier, mais le rapport hôpital-université est considérablement moindre que lorsqu'il s'agit de la médecine. Au Canada, tous les programmes universitaires de médecine dentaire comprennent des travaux de recherche subventionnés par divers organismes d'aide à la recherche, des fondations et des dons du secteur privé. La pénurie de chercheurs dentaires qui a toujours existé par le passé s'est exacerbée au moment de la réduction du nombre de programmes de maîtrise et de doctorat au cours des années soixante-dix.

Néanmoins, plusieurs universités canadiennes offrent des programmes de recherche au niveau de la maîtrise et du doctorat.

Les chercheurs dentaires canadiens se sont placés au premier rang mondial par la publication d'ouvrages dans plusieurs domaines de la recherche clinique et de la recherche scientifique pure. Au Canada, plusieurs programmes universitaires s'intéressent aux recherches sur la neurophysiologie craniofaciale, les prévisions de croissance par ordinateur, les implants dentaires, l'histopathologie des tissus de la bouche, la physiologie de la salive et la salivation, l'épidémiologie des suppléments de fluorure sur les maladies dentaires, et d'autres domaines.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES

(a) Diagnostics et traitements

La pratique dentaire des années quatre-vingt se préoccupe principalement de la réadaptation et de l'entretien des dents endommagées par les caries ou affaiblies par les maladies des gencives (paradontolyse). Il y a 50 ans, on s'occupait d'extraire les dents gâtées par les caries ou la paradontolyse. Il est relativement simple de diagnostiquer la carie dentaire et la maladie périodontique, généralement à l'aide de radiographies et d'un examen clinique. Les compétences cliniques rudimentaires, utilisées dans la pratique dentaire orientée sur l'extraction en vue de soulager la douleur, sont de nature technique et faciles à enseigner. Elles donnent une fausse image des techniques hautement perfectionnées de la pratique dentaire moderne.

La planification du traitement utilisée par les dentistes modernes démontre les compétences de base et les compétences cliniques les classant, à juste titre, parmi les professionnels de la santé. Mis à part les traumatismes, le cancer de la bouche et les infections ou les hémorragies graves, les traitements dentaires sont généralement électifs. Le dentiste doit offrir des traitements de rechange, renseigner le patient pour qu'il fasse un choix judicieux et utiliser les connaissances, les compétences et les techniques nécessaires pour enrayer la progression de la carie dentaire et des affections périodontiques. De plus, le dentiste doit être en mesure de diagnostiquer un très grand nombre de problèmes de la bouche dont certains peuvent être reliés à des maladies systémiques.

(b) Spécialisation

La dentisterie est souvent perçue par le public comme une profession qui ne dépasse pas la douleur, les extractions et les honoraires. Chez les autres professionnels de la réadaptation, cela ramène souvent le rôle du dentiste à un seul mot - les dents! En s'appuyant sur la pratique clinique pour se doter d'une banque de données sur les sciences pures, la dentisterie s'est amassée une documentation qui s'étend de l'anthropologie physique à la neurobiologie du développement en passant par le métabolisme des minéraux. Les progrès techniques et les nouvelles compétences au niveau du diagnostic ont largement influencé la pratique des soins de base orientés sur l'extraction. Plusieurs spécialisations se sont développées, ont été reconnues et ont agrandi leur champ d'expériences cliniques pour en arriver à leur propre base de données. Au Canada, la chirurgie buccale, la parodontolyse et l'orthodontie ont été les premiers domaines spécialisés. Par la suite, une deuxième vague de spécialisations était approuvée dont la prosthodontie, l'endodontie (traitement de canal), la pédodontie (dentisterie auprès des enfants), la dentisterie en hygiène publique, la radiologie buccale et la pathologie buccale.

Traditionnellement, le dentiste canadien a son propre bureau, équipé et entretenu au moyen d'un revenu provenant des honoraires qu'il reçoit en échange de ses services. Ce n'est que dans les années soixante-dix que les régimes d'assurance gouvernementaux et privés deviennent un facteur significatif dans la prestation des services dentaires. Au cours des 20 dernières années, les modifications technologiques améliorent considérablement la pratique dentaire, grâce aux instruments ultra-rapides, aux chaises longues et à l'embauche accrue des hygiénistes dentaires. Mais suite à l'escalade des frais généraux engendrée par cette prolifération d'équipement et de main-d'oeuvre, la pratique de la dentisterie en groupe prend de l'ampleur dans le but de hausser le niveau d'efficacité par une utilisation maximale de l'équipement et une augmentation de la productivité au niveau du personnel.

Le dentiste généraliste doit décider des modalités du traitement et agir en tant que principal praticien. Ses compétences se situent principalement au niveau du diagnostic, de la restauration (couronnes, obturations, ponts, dentiers), de la chirurgie (extractions dentaires, exposition des dents, chirurgie périodontique). Dans la mesure où il est intéressé et où il bénéficie des cours de perfectionnement professionnel, le dentiste généraliste peut acquérir des compétences apparentées à celles de certains spécialistes en matière de diagnostic et de traitement. En fait, le dentiste sera peut-être plus habile que certains spécialistes mais il ne peut faire état de ses compétences s'il n'a pas reçu la formation officiellement reconnue. Le titre de spécialiste est réservé aux personnes qui reçoivent deux à trois ans de formation reconnue, qui sont reçues aux examens et qui obtiennent un diplôme dûment autorisé.

La spécialisation dentaire permet d'améliorer l'efficacité des traitements et de soigner des cas qui s'avèrent trop compliqués pour le généraliste. Les demandes de consultation se font fréquemment au sein même de la profession et sont généralement orientées selon les compétences, les connaissances ou l'efficacité du spécialiste, ou selon une combinaison quelconque de ces facteurs. Les services offerts par l'endodontiste moderne canadien sont d'une fiabilité inégalée à l'échelle mondiale. Le pédodontiste effectue des traitements de canal sur les dents cariées d'un grand nombre d'enfants mais, pour certains cas compliqués, il s'en remet à l'endodontiste. Ces cas exigent les compétences ou les aptitudes spéciales de l'endodontiste. De la même façon, le généraliste ou le pédodontiste consultent l'orthodontiste pour le traitement d'enfants atteints de malocclusion grave, mais l'un et l'autre ont peut-être les compétences et la formation requises pour effectuer des traitements orthodontiques moins compliqués chez des enfants dont la malocclusion est moins grave.

Le spécialiste en chirurgie buccale travaille en milieu hospitalier plus que tout autre spécialiste dentaire. Sa formation comprend un an de plus (trois ans) que les autres spécialisations et implique la chirurgie de la mâchoire en cas de traumatismes et de troubles fonctionnels, de même que l'ablation de kystes et de tumeurs. À de rares exceptions près, il ne répare pas les fissures labiales ou palatines au Canada. Le périodontiste pratique la chirurgie de la mâchoire ou de la structure osseuse qui soutient les dents; il est aussi appelé à équilibrer l'occlusion des dents et à soigner les problèmes de la jointure maxillaire. L'orthodontiste est le spécialiste le mieux connu du grand public. Il dispose de moyens mécaniques perfectionnés pour fixer les dents aux os des mâchoires dans le but de produire une dentition esthétique et fonctionnelle. Le prosthodontiste remplace les portions de mâchoire ou les dents manquantes par des prothèses compliquées et élégantes. Il fabrique des appareils à l'intention des enfants qui ont une fissure palatine, des patients opérés pour le cancer de la bouche, et des personnes qui ont perdu des dents suite à la carie dentaire ou aux maladies du parodonte. Grâce à la contribution de l'endodontiste, la restauration des dents atteintes d'abcès est devenue une technique extrêmement fiable. La pratique moderne de l'endodontie se fonde sur des principes biologiques solides et permet au prosthodontiste de conserver les dents en vue d'y fixer une prothèse.

L'avènement de la pédodontie provient du fait qu'il y a 50 ans la plupart des dentistes généralistes refusaient de traiter toute personne âgée de 12 ans. Ouvrant la voie à l'utilisation de techniques restauratives spéciales pour traiter la première dentition, cette spécialisation fut la première à adopter et à appliquer les connaissances et les techniques des sciences du comportement à la pratique et à la prévention. Éventuellement, ces mêmes connaissances et techniques étaient appliquées aux soins des malades chroniques et des handicapés.

L'hygiène dentaire publique, la pathologie buccale et la radiologie buccale sont trois domaines spécialisés où les praticiens sont habituellement salariés plutôt que rémunérés selon les services rendus. Les fonctions du dentiste affecté à l'hygiène publique impliquent la direction des

bureaux d'hygiène publique de quartiers, le traitement des eaux de la communauté au fluorure et la dentisterie préventive dans les établissements scolaires. Le spécialiste de la pathologie buccale analyse des prélèvements de tissus qui sont expédiés des bureaux privés à son laboratoire pour y déceler des maladies; il fait aussi un travail d'identification lors des autopsies. Le spécialiste en radiologie buccale interprète les radiographies, établit le diagnostic des maladies de la bouche et fournit des informations pertinentes sur une utilisation sans risque de la radiation.

En médecine, un code très strict régit les consultations; c'est le généraliste qui consulte le spécialiste. Ce code n'existe pas en dentisterie. Presque tous les spécialistes vont soigner les patients qui se présentent tout simplement à leurs bureaux. Le régime du tiers-payant (assurance) ne couvre pas les frais des spécialistes et n'exige pas de consultation de la part d'un généraliste. Ou bien le patient paye la différence, ou bien le spécialiste accepte des honoraires moins élevés. La plupart des dentistes généralistes sont très sélectifs lorsqu'ils recommandent un spécialiste à leurs patients. Le facteur économique étant omniprésent, le généraliste veut que le traitement spécial soit effectué avec la plus grande compétence.

IV. DROITS ET RESPONSABILITÉS

(a) Autonomie

Les dentistes sont inclins à être individualistes. Jusqu'à récemment, la chirurgie buccale était une pratique isolée, attirant la personne qui voulait être son propre patron et en subir les risques. La situation tend à se régulariser au centre et à l'est du Canada, comparée à la prestation des services dans l'Ouest canadien. Par exemple, dans l'Ouest et le Nord canadiens, les tâches des auxiliaires dentaires sont beaucoup plus diversifiées qu'en Ontario.

La profession s'est régularisée de façon efficace et responsable. Des visites d'inspection ont lieu et, au besoin, des amendes sont imposées et des permis révoqués. Le consommateur peut porter plainte auprès de la corporation dentaire locale; cette plainte peut être acheminée à la commission d'examens du collège et, dans certaines provinces, elle peut être transmise au conseil de discipline régissant les professionnels de la santé. Toutes ces démarches sont possibles sans recourir aux tribunaux ou sans nécessairement payer des honoraires d'avocat.

L'aspect gestion de la pratique comporte tous les statuts et règlements régissant la petite entreprise. Les responsabilités relatives à la gestion impliquent, entre autres, les dispositions pour allocations de vacances, la préparation des statistiques pour les gouvernements, les contributions au régime de retraite du Canada et les retenues fiscales, de même que les dispositions pour une assurance responsabilité personnelle. Lorsque trois ou quatre dentistes pratiquent dans un même bureau, ils peuvent engager les services d'un directeur de bureau et ainsi se dégager de l'aspect gestion de la pratique.

(b) Systèmes de consultation

La pratique dentaire peut entretenir de bons rapports avec plusieurs professions dans le domaine des services de santé. Néanmoins, il est possible qu'un dentiste pratique seul pendant plusieurs années sans consulter d'autres professionnels que les médecins de ses patients. Le dentiste en milieu institutionnel a probablement choisi ce milieu parce qu'il était attiré par la possibilité

de contacts plus nombreux avec d'autres professionnels de la santé, et il est plus probable qu'il utilise leurs conseils et leurs services. De façon générale, le dentiste se met en contact avec le médecin du patient lorsqu'il est en présence d'un problème médical reconnu. L'orthophonie est le deuxième domaine où l'on consulte le plus souvent. Tous les autres domaines de la santé font l'objet de consultations à des degrés moindres, en raison des connaissances limitées face aux compétences propres à chacun de ces groupes d'une part, et de l'isolement dans lequel la pratique dentaire privée est souvent exercée d'autre part.

Le système de consultation qu'un peut retrouver au sein d'une institution nous est illustré par les données suivantes concernant le département de médecine dentaire de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario à Ottawa, de même que les diverses professions consultées par ce département en 1981.

La majorité des consultations proviennent de la chirurgie ou de la médecine et concernent généralement des enfants physiquement handicapés ou souffrant de maladies chroniques. Les spécialistes de la chirurgie plastique consultent la médecine dentaire pour des cas de brûlures électriques; en retour, ils reçoivent des cas de lacérations à la figure. Depuis nombre d'années, dentistes et spécialistes de la chirurgie plastique collaborent étroitement au traitement de malformations congénitales de la figure (comme le bec-de-lièvre). L'hématologie et l'oncologie consultent pour le traitement dentaire de patients souffrant de troubles de coagulation et, à leur tour, ils soignent les problèmes médicaux des patients opérés par les spécialiste en chirurgie dentaire. Les anesthésistes demandent des consultations pour des cas compliqués et offrent leurs services lorsque les patients ont besoin de traitements dentaires. Les praticiens en traumatologie (pédiatres) communiquent régulièrement avec le dentiste de garde pour des cas de traumatismes ou d'infections.

L'orthophonie et la médecine dentaire collaborent aux soins d'un grand nombre de fissures labiales et palatines. De plus, la médecine dentaire effectue la mise en place de plusieurs appareils dentaires visant à améliorer l'usage de la parole. La médecine dentaire utilise les appareils diagnostiques de l'orthophonie pour vérifier l'utilité des appareils qui referment le palais et met ses connaissances de la fonction des nerfs crâniens au service de l'orthophonie pour établir le diagnostic de plusieurs problèmes.

En outre, la médecine dentaire a traditionnellement compté sur la participation des travailleurs sociaux et des infirmières en hygiène publique pour obtenir les fonds nécessaires aux traitements dentaires requis. La médecine dentaire les consulte aussi lorsque les rendez-vous ne sont pas respectés ou lorsque les soins au foyer sont négligés. Étant donné ses contacts avec les services d'urgence, la médecine dentaire collabore avec les travailleurs sociaux dans les cas d'enfants maltraités, car les enfants battus reçoivent souvent des blessures à la bouche.

La modification du comportement, la thérapie de relaxation et la désensibilisation sont les outils cliniques du pédodontiste comme du psychologue. Le rapport et le mode de consultation qui existent entre la médecine dentaire et la psychologie se fonde sur les demandes de conseils que l'une et l'autre s'adressent. Les phobies simples (phobie des aiguilles) continuent à faire l'objet de consultations et de traitements conjugués.

Les cas dirigés et les demandes de consultation sont moins fréquents dans les autres services; néanmoins, il y a eu une activité additionnelle considérable en 1981. Par exemple, la psychiatrie et la médecine dentaire se consultent au sujet des traitements dentaires chez les enfants autistiques. On procède à la vérification des méthodes de traitement et à l'étude de la chronologie des

traitements afin de déterminer s'il y a lieu d'apporter des modifications au niveau des techniques. Un cas d'obésité juvénile est dirigé vers la médecine dentaire en prévision d'un brochage possible des mâchoires. La proposition est rejetée par le consultant du service dentaire comme étant peu pratique.

Notre hygiéniste dentaire est convoquée à plusieurs reprises par les infirmières des départements pour prodiguer des soins particuliers aux patients qui ont été opérés ou qui sont atteints de débilité. Ensemble, l'hygiéniste dentaire et la diététicienne travaillent à l'élaboration d'un régime utilisé pour les cas de chirurgie plastique ou de chirurgie buccale dont les mâchoires sont refermées à l'aide de broches après la chirurgie.

L'intérêt personnellement manifesté à l'égard de l'alimentation des enfants atteints de dysfonctionnement nutritionnel attribuable à des causes neurologiques ou anatomiques entraîne une interaction continue entre les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. Plusieurs consultations ont eu lieu en 1981 concernant des cas de bec-de-lièvre, d'anoxie néonatale, de salivation persistante et de spasmes musculaires des articulations maxillaires.

En outre, plusieurs dentistes en institution continuent à s'impliquer auprès de leurs confrères, soit directement en tant que professeurs universitaires, soit indirectement par le biais de cours d'éducation médicale continue et de conférences ou par la poursuite et le compte rendu de recherches individuelles. D'autres s'impliquent en tant qu'examinateurs aux examens pour l'obtention d'un diplôme d'un poste de fellow. Malgré les contraintes économiques engendrées par les trois généraux courants de leurs bureaux, plusieurs dentistes en pratique privée consacrent beaucoup de temps aux comités et bureaux d'organismes aux niveaux local, provincial et national.

V. CONCEPTS ET IDÉAUX SUBJECTIFS

(a) Élaboration des modes de collaboration

Bien qu'une vaste gamme de consultations soit possible et parfois utilisée, il reste que la majorité des consultations interdisciplinaires se passe au niveau dentiste-médecin ou médecin-dentiste. L'absence notoire d'études concernant la bouche au programme des cours de médecine est soulevée de temps en temps. L'impression périmée que la pratique dentaire se résume simplement à la reconstruction et à l'extraction des dents est habituellement fondée sur les expériences personnelles du médecin dans son enfance. Les internes en médecine et en chirurgie sont souvent conscients d'un manque d'exposition à la science dentaire pendant leurs études et démontrent un très vif intérêt pour tout ce qui touche à la dentisterie au cours des tournées médicales à l'hôpital. Néanmoins, le fait demeure que l'accès à la science dentaire est minime et doit rivaliser avec d'autres matières à l'intérieur d'un programme médical chargé. Le meilleur moment de présenter l'information dentaire aux médecins et chirurgiens est peut-être lors des cours d'éducation médicale continue, quand la sous-spécialité médicale est terminée et que la pertinence du sujet est plus évidente.

La dentisterie moderne est encore moins connue des autres professionnels qui n'ont pas comme les médecins étudié les sciences pures en profondeur. Il arrive parfois que les orthophonistes consultent le dentiste au sujet de problèmes de déglutition pouvant provoquer des malformations au niveau des dents; ou encore, d'autres membres du personnel hospitalier viennent leur parler des aspects techniques d'un traitement dentaire personnel. Certains dentistes épousent des pédiatres, des psychologues ou des travailleurs sociaux. Ce mouvement osmotique crée deux professionnels interdisciplinaires bien documentés. Le psychologue qui se trouve aux prises avec la douleur et

l'anxiété n'est probablement pas conscient que la dentisterie pédiatrique peut contribuer énormément à maîtriser ces problèmes. Pour leur part, les dentistes ignorent généralement l'apport considérable de l'infirmière en hygiène publique lorsqu'il s'agit d'obtenir des fonds pour le traitement des enfants handicapés.

(b) Zones de conflit

La dentisterie connaît quelques zones de conflit avec les autres professions.

Problèmes

L'anesthésie et les anesthésiques sont associés à la dentisterie depuis 1844 alors qu'un dentiste américain, Dr Horace Wells, eut l'idée d'utiliser le protoxyde d'azote comme anesthésique pour des cas de chirurgie. Les programmes de formation en anesthésie dentaire persistent encore aujourd'hui au Canada. Il existe actuellement un cours postuniversitaire d'une durée d'un an. Les dentistes qui obtiennent ce diplôme sont autorisés à anesthésier leurs patients pour effectuer des traitements dentaires. Ces dentistes diplômés pratiquent dans des bureaux privés. Il est très rare qu'on les retrouve dans les hôpitaux, puisqu'en général les anesthésistes médicaux considèrent cette formation comme étant insuffisante.

De par leur formation et leurs compétences spéciales, les spécialistes en chirurgie buccale sont habilités à effectuer un repositionnement chirurgical des mâchoires supérieure et inférieure et à pratiquer des interventions chirurgicales dans les cas de traumatismes de la figure. Ces interventions chirurgicales difficiles empiètent sur un domaine intéressant certains spécialistes de la chirurgie plastique et sont source de conflit plutôt que de collaboration dans certains hôpitaux. La situation se complique davantage du fait que dans certains hôpitaux les spécialistes de chirurgie buccale et de chirurgie plastique pratiquent au sein du même service de chirurgie, tandis que dans d'autres hôpitaux ils appartiennent à des services distincts, soit la dentisterie ou la chirurgie. En Europe, les spécialistes en chirurgie buccale reçoivent une formation fondée sur la médecine et réparent souvent les fissures labiales et palatines. Ils sont surpris d'apprendre que, presque partout en Amérique du Nord, cette intervention a été uniquement du ressort du spécialiste en chirurgie plastique. Une situation idéale existe dans certains hôpitaux où spécialistes en chirurgie buccale et spécialistes en chirurgie plastique travaillent en collaboration à réparer des lacérations à la figure et à immobiliser et consolider des mâchoires fracturées. Dans ces cas, le spécialiste en chirurgie buccale effectue l'alignement et la consolidation et s'occupe des soins postopératoires des fractures de la mâchoire.

(c) Questions en suspens

Plusieurs questions sont actuellement débattues au sein de la profession. Pendant 100 ans, les bureaux de dentistes ont été inondés de patients en quête de traitements mais, à l'heure actuelle, on se rend compte qu'il y a suffisamment de praticiens et que, par conséquent, le dentiste fraîchement diplômé ne peut être assuré d'une clientèle nombreuse dès son entrée en pratique. Le coût initial d'installation d'une pratique peut se chiffrer de 100 000$ à 150 000$, lesquels proviennent normalement d'un prêt bancaire ou d'un bail. De plus, cet engagement financier est habituellement fondé sur la seule habileté du dentiste à réussir les examens universitaires, sans aucune expérience de la pratique privée. Une fois la pratique établie, les frais généraux se situent à environ 60 pour cent. Il n'y a pas d'avantages subventionnés par l'employeur et le revenu

est créé seulement lorsque le patient est bel et bien installé dans le fauteuil du dentiste pour subir son traitement. Dans cette perspective de contraintes, l'arrivée du dentiste nouvellement diplômé constitue souvent une menace aux yeux des praticiens déjà établis.

Un autre sujet actuellement débattu concerne la publicité institutionnelle visant à hausser la demande pour les soins dentaires dans le segment de la population qui ne se présente pas pour se faire soigner. Cette publicité se distingue de la publicité pratiquée sur un plan individuel par des dentistes de certains états américains. La publicité institutionnelle en vue d'augmenter la demande se fonde, en partie, sur la réussite des programmes de prévention au niveau communautaire, aussi bien qu'au niveau de la pratique privée. Les dentistes sont continuellement en contact avec des groupes qui s'opposent au rajustement du niveau de fluorure des approvisionnements en eau potable dans le but de réduire la carie dentaire. Les dentistes et les hygiénistes dentaires prêchent la nutrition et l'hygiène buccale à qui veut bien les entendre; ils ont fait de la prévention la base des soins dentaires modernes. Puisque les dentistes sont maintenant suffisamment nombreux dans la plupart des régions du Canada, et que les besoins de traitements décroissent, la profession tente de hausser la demande dans le secteur de la population qui évite ou répugne à aller chez le dentiste. De plus, les dentistes tentent de renseigner les patients dont les problèmes dentaires sont contrôlés, sur les aspects plus sophistiqués de la dentisterie moderne et sur les techniques de prévention*.

D'autre part, certains dentistes se préoccupent des établissements dentaires (semblables à des pharmacies) qui font leur apparition dans les magasins à rayons un peu partout au Canada. Ces établissements sont ouverts plus longtemps dans la journée. En revanche, les traitements sont effectués par plusieurs dentistes différents dans un milieu du genre clinique.

En outre, les rapports avec les tiers-payants sont aussi source de discussion. Les dentistes sont nettement d'avis qu'il faut, dans la mesure du possible, conserver la relation médecin-patient sur un plan individuel et s'opposer au contrôle des organismes assureurs en faisant directement affaires avec leurs patients.

De plus, la mise sur pied de plusieurs programmes dentaires subventionnés par les gouvernements entraîne des changements dans le mode de prestation des services dentaires auprès de certains secteurs de la population. Certains gouvernements provinciaux offrent un régime de soins dentaires pour les enfants, les adultes, les handicapés, les personnes âgées, ou une combinaison quelconque de ces groupes. Depuis plusieurs années, les autochtones du Nord canadien reçoivent des soins dentaires rudimentaires dispensés par des membres de leur communauté qui ont reçu une formation spéciale. La dentisterie moderne nord-américaine peut offrir une gamme de services allant de la prévention à l'orthodontie et la prosthodontie esthétiques, et du traitement de restauration permanente à l'extraction de toutes les dents et leur remplacement par des dentiers.

---

* Les assistant(e)s et hygiénistes dentaires font pression pour augmenter l'éventail des procédures qu'ils/elles sont autorisé(e)s à pratiquer sur des patients sous la surveillance d'un dentiste. Cet élargissement de leurs fonctions est vu d'un oeil plus favorable par la profession dans son ensemble que par les organismes de réglementation professionnelle. L'augmentation des fonctions pratiquées sous surveillance est inévitable mais elle se produira à un rythme établi par les organismes provinciaux de réglementation professionnelle.

La plupart des services sont facultatifs. Un plan de traitement individualisé peut être formulé en fonction des attitudes, de l'esthétique, des facteurs économiques et fonctionnels, et d'une connaissance des services disponibles. Ce n'est que dans la mesure où il est conscient des effets à long terme du traitement ou de l'absence de traitement, que le patient peut personnellement fixer son choix sur la réadaptation ou la négligence. La nature technique de la restauration dentaire permet une prolifération de traitements inadéquats, disparates ou incomplets qui ne seront perçus que trop tard par le patient. Le traitement dentaire doit être précis, rigoureusement pratiqué et planifié de façon compétente, sans quoi il faudra le répéter plus tôt que prévu ou procéder à une extraction prématurée des dents. Les dentistes se soucient que les patients qui font l'objet de programmes de traitements novateurs soient renseignés sur la différence qui existe entre un traitement axé sur le soulagement de la douleur et l'extraction dentaire d'une part, et la diversité des options qui leur sont actuellement offertes d'autre part.

De plus, on constate une utilisation variable de l'éducation médicale continue en tant que ressource. Le champ d'activité de la pratique dentaire peut se limiter aux restaurations et extractions des dents, ou s'étendre aux nombreuses activités déjà mentionnées, chaque activité fournissant des données aussi rapidement, sinon plus, que le dentiste individuel peut assimiler et incorporer les renseignements reçus. Chaque année, certains dentistes consacrent des milliers de dollars à l'éducation médicale continue. D'autres, par contre, ne franchissent jamais les portes des établissements d'enseignement, pas plus qu'ils ne fréquentent régulièrement les réunions des sociétés dentaires ou de perfectionnement professionnel.

Le dentiste moderne qui fait carrière pratique dans un bureau qu'il a lui-même conçu, doté de personnel et équipé du mieux qu'il le pouvait. De façon générale, il est conscient des coûts relatifs à la pratique, du moins sur une base mensuelle, et parfois sur une base plus détaillée. La spéculation sur l'or a fait grimper les frais généraux du dentiste, suivie de la spéculation sur l'argent au niveau international; ces deux matériaux sont encore majoritairement utilisés en restauration dentaire. La dévaluation des devises canadiennes sur les marchés mondiaux a, elle aussi, contribué à hausser les frais généraux puisque l'équipement dentaire est presque entièrement importé. Les dentistes se préoccupent sincèrement des augmentations d'honoraires qui sont dues aux frais généraux et qui ne sont pas subventionnées ni susceptibles d'être intégrées au budget. Les dentistes nord-américains se sont débattus pour protéger leur indépendance et conserver le principe du contrat médecin-patient pour services rendus. En conséquence, les patients qui optent pour le dentiste en pratique privée sont seuls à défrayer les coûts non subventionnés des honoraires, tant au niveau des frais professionnels que des frais généraux. D'autre part, ils consultent le dentiste de leur choix, ils conviennent mutuellement des rendez-vous avec le dentiste, et ils sont assurés que le dentiste accepte l'entière responsabilité des services rendus.

FACULTÉS DE MÉDECINE DENTAIRE

Université de l'Alberta, Edmonton, Alberta
Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique
Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba
Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse
Université de Toronto, Toronto, Ontario
Université Western Ontario, London, Ontario
Université McGill, Montréal, (Québec)
Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal, Montréal, (Québec)
École de médecine dentaire, Université Laval, Ste-Foy, (Québec)
Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan

PROGRAMMES DE FORMATION POUR HYGIÉNISTES DENTAIRES

Programmes universitaires:

Université de la Colombie-Britannique
Vancouver, Colombie-Britannique
Université de l'Alberta, Edmonton,
Alberta
Université du Manitoba, Winnipeg,
Manitoba
Université Dalhousie, Halifax,
Nouvelle-Écosse

Programmes collégiaux:

Collège Algonquin, Ottawa, Ontario
Forces armées canadiennes, Borden, Ontario
Collège de Maisonneuve, Montréal (Québec)
Collège régional Bourgchemin, Saint-Hyacinthe
(Québec)
Édouard Montpetit, Longueuil (Québec)
François-Xavier Garneau, Québec (Québec)
George Brown College, Toronto, Ontario
John Abbott College, Montréal (Québec)
Seneca College, Toronto, Ontario
Wascana Institute, Regina, Saskatchewan

PROGRAMMES DE FORMATION POUR ASSISTANT(E)S DENTAIRES

Collège Algonquin, Ottawa, Ontario
Canadore College, North Bay, Ontario
Forces armées canadiennes, Borden, Ontario
Confederation College, Thunder Bay, Ontario
George Brown College, Toronto, Ontario
Holland College, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard
Keewatin College, The Pas, Manitoba
Kelsey Institute, Saskatoon, Saskatchewan
Malaspina College, Nanaimo, Colombie-Britannique
New Caledonia, Prince George, Colombie-Britannique
Nova Scotia Institute of Technology, Halifax, Nouvelle-Écosse
Northern Alberta Institute of Technology, Edmonton, Alberta
Seneca College, Toronto, Ontario
Southern Alberta Institute of Technology, Calgary, Alberta
Okanagan College, Kelowna, Colombie-Britannique
Red River College, Winnipeg, Manitoba
Vancouver Vocational Institute, Vancouver, Colombie-Britannique
Wascana Institute, Regina, Saskatchewan (Soins infirmiers dentaires)

Chapitre 2 ÉDUCATION SPÉCIALISÉE*

David Bains

On peut difficilement formuler des énoncés d'ordre général au sujet des psycho-éducateurs. Les personnes qui enseignent aux handicapés sont aussi hétérogènes que les groupes d'individus qui reçoivent l'enseignement. Les psycho-éducateurs varient en fonction du type et de la durée de la formation reçue, du degré de spécialisation, des types d'handicaps auxquels ils font face, des conditions d'emploi, et des théories ou méthodes qu'ils utilisent pour aborder les tests et l'enseignement. La profession est jeune, les programmes de formation et les titres varient énormément. Ce chapitre dépeint les caractéristiques relatives aux éducateurs d'enfants exceptionnels au Canada, et au groupe professionnel qu'ils composent.

1. DONNÉES HISTORIQUES ET MILIEUX DE TRAVAIL

(a) Historique

Les dossiers d'archives nous indiquent qu'au Canada les programmes pour les personnes handicapées ont débuté vers la fin du dix-neuvième siècle. L'année 1889 marque la fondation du Institution for the Deaf and Dumb à Winnipeg, au Manitoba (Blake, 1956); et du Ontario School for the Blind à Brantford. Au début, il n'existe pas de cours de formation spéciale pour les éducateurs qui s'occupent des handicapés. Les programmes d'enseignement et de formation spécialisée sont souvent l'oeuvre des associations de parents. Les ministères de l'éducation au niveau des provinces assument très peu de responsabilité auprès des handicapés. À l'heure actuelle, la majorité des grandes universités canadiennes offrent un programme de formation pour les psycho-éducateurs au niveau du baccalauréat et/ou de la maîtrise. Tous les ministères provinciaux d'éducation ont une direction chargée d'administrer le programme d'enseignement spécialisé. Au début de l'année 1980, six des 12 provinces et territoires du Canada sont dotés d'une loi obligeant toutes les commissions scolaires de ces juridictions respectives à offrir des services pédagogiques appropriés aux enfants handicapés (Goguen, 1980).

(b) Programmes de formation

Au Canada, le psycho-éducateur commence soit par deux à quatre ans d'arts libéraux et/ou de sciences; soit par un à deux ans de formation paraprofessionnelle au niveau collégial. Le deuxième stage d'études comprend un à trois ans d'études en sciences de l'enseignement, ordinaire et spécialisé. Ensemble, les deux stages comprennent quatre à cinq ans de formation en vue d'obtenir le baccalauréat (Hardy, McLeod, Minto, Perkins et Quance, 1971). La plupart des programmes de baccalauréat préparent des généralistes pouvant travailler auprès des types les plus courants d'handicaps légers ou modérés comme les difficultés d'apprentissage et les cas de débilité mentale éducable. Certains programmes offrent une cinquième année de spécialisation au programme du

---

* Réviseurs de ce chapitre: Karen Baine, psycho-éducateur et Dr G.M. Kysela, professeur et psycho-éducateur, Département de psychologie de l'éducation, Université de l'Alberta, Edmonton.

baccalauréat, ou un programme d'une durée d'un ou deux ans menant à la maîtrise, au diplôme d'études supérieures ou au certificat (Hardy et coll. 1971). Certains de ces programmes offrent une formation plus avancée ou plus spécialisée au niveau des types de difficultés les plus courantes comme, par exemple, les difficultés d'apprentissage et le retard mental éducable, ou l'enfant surdoué et créatif. Ou encore, les étudiants qui suivent ces programmes peuvent se spécialiser dans le travail auprès d'enfants atteints de handicaps plus sévères ou moins fréquents comme les handicaps visuels ou auditifs, les enfants sévèrement ou gravement handicapés, et les enfants handicapés physiquement ou souffrant de plusieurs handicaps. D'autre part, certains programmes offrent toute la formation en éducation spécialisée (généraliste et spécialiste) seulement après le baccalauréat. Certaines universités canadiennes offrent le certificat ou le diplôme d'études supérieures et/ou la maîtrise ou le doctorat en éducation spécialisée. Au Canada, les programmes de formation et les titres de cette jeune profession sont encore hautement variables.

(c) Milieux de travail et rôles des psycho-éducateurs

Après l'obtention du diplôme, les psycho-éducateurs peuvent se trouver un emploi dans divers milieux. Certains diplômés, soit par choix, soit parce que c'est la politique du conseil scolaire, passent la première et peut-être aussi la deuxième année à enseigner le programme scolaire ordinaire. D'autres diplômés peuvent être engagés dans des hôpitaux pour travailler auprès de cas chroniques ou transitoires d'enfants caractériels, physiquement handicapés ou malades. Certains éducateurs travaillent dans des programmes spéciaux à domicile avec des enfants souffrant de troubles médicaux ou affectifs. D'autres œuvrent dans des centres résidentiels de traitement ou dans des écoles spéciales (publiques ou privées) auprès d'enfants atteints d'un type particulier de problème comme un handicap auditif ou visuel, ou un trouble affectif/comportemental. Les psycho-éducateurs travaillent aussi dans des centres résidentiels de détention pour délinquants mineurs. D'autres travaillent comme conseillers ou spécialistes itinérants et se déplacent d'une école à l'autre dans des régions où le petit nombre d'enfants atteints de problèmes spéciaux (handicaps sensoriels ou physiques) ne justifie pas l'application d'un programme à plein temps dans chaque école.

La plupart des psycho-éducateurs enseignent dans des classes différenciées d'éducation spécialisée ou des classes cliniques, rattachées à des écoles ordinaires. La classe différenciée d'éducation spécialisée fonctionne soit dans une école ordinaire, soit dans une école spéciale. Cette classe est normalement réservée aux enfants atteints de handicaps plus sévères comme les cas de débilité mentale moyenne ou sévère, les caractériels, les handicapés sensoriels, ou les handicapés physiques qui demeurent dans la classe pour presque tout, sinon tout l'enseignement. Le psycho-éducateur travaille aussi dans des classes cliniques avec des enfants qui sont retirés des classes ordinaires pendant de brèves périodes pour recevoir un enseignement plus concentré. La classe clinique est le principal moyen utilisé pour dispenser des services aux enfants légèrement handicapés (Sargent, 1981). La plupart des enfants qui fréquentent ces classes sont des retardés scolaires ou des enfants en difficulté d'apprentissage. Parfois, les enfants atteints d'un handicap visuel ou auditif, ou d'autres qui suivent des classes de perfectionnement, participent aux classes cliniques (Hardy, 1977).

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES PROPRES À LA PROFESSION

(a) Matières de base et matières spécialisées

Les étudiant(e)s en éducation spécialisée suivent habituellement des cours d'enseignement général ou ordinaire après ou en même temps que les cours d'arts libéraux et/ou les cours de sciences.

Les cours d'enseignement de base permettent d'acquérir des notions d'enseignement sur le plan social, historique, anthropologique et philosophique. Les cours de psychologie pédagogique permettent d'acquérir des connaissances sur l'apprentissage et le développement, l'orientation ou le counseling, les méthodes ou les modèles usuels d'enseignement, la dynamique personnelle et sociale, le langage et la connaissance, la mesure et l'évaluation, de même que la statistique et les méthodes de recherche. Les cours d'administration scolaire traitent des aspects légaux, administratifs, professionnels et économiques. Les cours de curriculum et d'enseignement concernent les stratégies d'enseignement et l'élaboration de curricula reliés à des domaines pédagogiques précis comme le langage, la lecture, l'éducation physique, et l'enseignement professionnel. De plus, les étudiant(e)s participent à des cours pratiques au cours desquels ils observent et aident à l'enseignement individuel ou en petits groupes, et à la direction d'une classe complète d'enseignement ordinaire.

La formation en éducation spécialisée peut suivre, ou être reçue en même temps, que la formation en enseignement ordinaire. Normalement, le programme débute avec une révision de la nature des différents types d'inadaptation: intellectuelle, socio-affective, sensorielle, motrice, et de communication. Les cours ultérieurs peuvent être consacrés à un examen plus approfondi de certaines catégories précises d'inadaptation, comme l'enfant en difficulté d'apprentissage, ou l'enfant surdoué. Des cours séparés peuvent analyser les caractéristiques de l'apprentissage et du développement chez l'enfant exceptionnel, au niveau de la personnalité ou des caractéristiques physiques, cognitives et linguistiques. Les cours portant sur les méthodes d'évaluation et de diagnostic donnent un aperçu de la sélection, l'application et l'interprétation des tests diagnostiques de connaissances et des tests sur l'état de préparation et la pré-sélection, qu'ils soient officiels ou non officiels, et en groupe ou individuels. Ces tests se rattachent à des domaines pédagogiques (comme le langage et l'arithmétique), aux fonctions intellectuelles et cognitives, au comportement d'adaptation, à la vision, à l'audition et aux facultés de perception et de motricité. Les cours portant sur les curriculums examinent les programmes destinés à l'enseignement individuel ou en groupe de divers groupes spéciaux d'enfants, sur le plan de la construction ou la sélection, de l'adaptation, de l'application et de l'évaluation. Les étudiant(e)s apprennent à interpréter les résultats fournis par l'évaluation et à individualiser l'enseignement. Les cours portant sur l'enseignement explorent différentes techniques utilisées pour enseigner aux individus exceptionnels, et pour organiser l'enseignement en groupe et préparer un horaire en conséquence. On enseigne aussi diverses méthodes de thérapie du comportement utilisées soit en cas de troubles du comportement, soit pour favoriser un comportement positif d'adaptation. Toutes ces compétences sont intégrées en un ou plusieurs stages pratiques dans des cliniques psycho-pédagogiques, des classes d'éducation spécialisée, des classes cliniques, des institutions ou des hôpitaux.

(b) Recherches à la base des théories et méthodes en éducation spécialisée

L'éducation spécialisée s'intéresse à un grand nombre de personnes handicapées, à différentes périodes de leur vie, sur le plan du développement sensoriel, moteur, cognitif, socio-affectif, de la perception, de la scolarisation, de l'orientation et de la formation professionnelle. Ainsi, l'éducation spécialisée constitue nécessairement une base de recherches assez étendue. Par exemple, les théories et méthodes relatives aux difficultés d'apprentissage sont tirées de: la pédiatrie, la neurologie, l'ophtalmologie, l'otologie, la psychiatrie, la pharmacologie, l'endocrinologie, l'électro-encéphalographie, l'enseignement général, les troubles de la parole et du langage, la linguistique, la psychologie et la psychologie pédagogique, la sociologie,

l'optométrie, l'audiologie, la physiothérapie, la génétique, la nutrition et la biochimie (Lerner, 1976; Myers et Hammill, 1976).

Une part importante des données sur lesquelles sont fondées les théories et méthodes de l'éducation spécialisée proviennent de recherches effectuées par les psycho-éducateurs eux-mêmes. La plupart des recherches comportent des études empiriques bien contrôlées, tant théoriques qu'appliquées. La recherche appliquée explore des sujets comme: l'examen de dispositifs et de méthodes d'évaluation; la mise à l'essai de diverses techniques d'enseignement; l'évaluation des modifications apportées à l'ordre des curriculums; les études sur l'efficacité de diverses méthodes utilisées pour venir à bout des problèmes reliés au traitement des troubles du comportement; la validation des techniques conçues pour accélérer l'acquisition des connaissances, pour en prolonger la durée et en augmenter la généralisation; et l'examen des méthodes de collecte et d'analyse des données. La recherche sur les questions théoriques et philosophiques explorent des sujets comme la validation de certains modèles de mémoire, de perception et de développement auprès de populations d'handicapés. En outre, des études sont effectuées sur des sujets comme la normalisation, la désinstitutionnalisation et l'éthique de divers types de traitements.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES PROPRES À LA PROFESSION

(a) Méthodes diagnostiques et programmes de traitement d'ordre général

La démarche entreprise par le psycho-éducateur auprès d'un enfant en particulier, dépendra en partie du modèle théorique et méthodologique utilisé. Les modèles d'évaluation et de correction utilisés par les psycho-éducateurs se divisent en deux grandes catégories: le modèle diagnostique-correctif et le modèle comportemental ou d'analyse des tâches. Le modèle diagnostique-correctif ou psycho-éducateur s'intéresse au diagnostic et à la correction de conditions et de processus cognitifs, perceptifs, sensoriels et autres, chez la personne qui apprend. Le modèle est souvent représenté comme un modèle de traitement central impliquant les entrées (modalités sensorielles), l'intégration (inter-sensorielle et associative), les sorties (systèmes de réaction motrice et vocale), le stockage et la récupération (mémoire) et la rétroaction, en plus d'autres éléments (Haring et Bateman, 1977). Les personnes qui adhèrent à cette approche emploient des tests diagnostiques comme le test des aptitudes psycho-linguistiques d'Illinois, l'enquête perceptivo-motrice de Purdue, le test du développement de la perception visuelle, l'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants, et le test de Bender. Ces tests servent à identifier les déficits sous-jacents dans les domaines cognitif, perceptif ou autres, des fonctions centrales. On considère que ces défauts influencent la performance dans des domaines comme la lecture, la parole, l'écriture et le sens de l'orientation. Le traitement vise à corriger ces problèmes sous-jacents afin d'éliminer un symptôme apparent comme, par exemple, un problème au niveau de l'émission des mots.

Les adeptes de l'approche comportementale ou d'analyse des tâches s'intéressent exclusivement aux conditions d'environnement et aux comportements externes observables et mesurables, plutôt qu'aux états ou processus hypothétiques internes de l'individu qui apprend. L'enseignant qui utilise cette approche se servira peut-être des tests critériels, qui servent à évaluer l'enfant au niveau de l'acquisition de comportements observables, mesurables, et nécessaires à la pratique d'une tâche précise selon des critères et des conditions environnementales données. La capacité à effectuer cette tâche, décrite dans un contexte d'enseignement, est analysée et divisée en sous-capacités prérequises qui sont enseignées directement, à l'aide de techniques de comportement.

Ainsi, l'enseignant voulant corriger un problème au niveau de l'émission des mots selon l'approche diagnostique-corrective, tente d'identifier un déficit cognitif ou perceptif sous-jacent qui empêche l'acquisition des capacités à émettre les mots. L'enseignant oriente le traitement vers l'amélioration de ce déficit, étant persuadé qu'une fois le déficit corrigé, le problème d'émission des mots est lui aussi corrigé. Par ailleurs, un adepte de l'approche comportementale ou d'analyse des tâches analyserait le prérequis de comportements observables, mesurables et nécessaires à l'émission des mots, et utiliserait des techniques comportementales pour enseigner de façon directe les capacités prérequises pour l'émission des mots.

La personne qui enseigne dans une classe différenciée d'éducation spécialisée est responsable de: a) l'exécution des tests diagnostiques de connaissances pendant toute l'année scolaire; b) l'élaboration du curriculum, du matériel et l'enseignement; c) l'individualisation, l'évaluation et la révision des ressources et méthodes pédagogiques; et d) la discipline et la direction de la classe tout en travaillant auprès d'individus, de petits groupes, ou de la classe entière. En plus d'être responsable de la formation scolaire générale, l'éducateur sera peut-être chargé des domaines de performance suivants: sensoriel/perceptif; communication (orale, écrite, manuelle ou symbolique); socialisation; développement moteur; loisirs; formation préprofessionnelle et apprentissage des activités quotidiennes d'une vie autonome (soins personnels: s'habiller, se nourrir, faire sa toilette, administration domestique, vie au sein de la collectivité, et éducation sexuelle). L'éducateur doit aussi être en mesure d'intervenir en cas de situation urgente: crises ou attaques, comportement violent, blessures, ou réactions allergiques. De plus, le professeur d'une classe différenciée doit savoir interpréter les répercussions pédagogiques des rapports qu'il reçoit des autres types de professionnels; il doit aussi surveiller les auxiliaires, conseiller les parents, et coordonner les programmes à la maison et à l'école.

Dans une classe clinique, l'objectif du psycho-éducateur est de faire en sorte que l'enfant légèrement handicapé reçoive un enseignement périodique, à court terme, en groupe ou individuellement; ce qui lui permettra de rester inscrit dans une classe ordinaire (mainstreaming). De plus, il participe à l'instrumentation du professeur des cours ordinaires par le biais de ressources spéciales, de consultations et de stages de formation. La responsable d'une classe clinique offre des services pédagogiques suppléants sous forme d'évaluation, d'intervention corrective et de consultation auprès des parents et des enseignants dans les domaines de la lecture, de l'arithmétique, du langage et du comportement. Certains enseignants s'intéressent davantage à la correction des déficiences au niveau de la perception, de la psycholinguistique ou de la cognition. Il est convenu que le professeur d'une classe clinique travaille conjointement avec le professeur de la classe ordinaire dans le but de coordonner et de généraliser le programme correctif.

Selon Evans (1980), Hardy (1978) et Sargent (1981), l'horaire du professeur d'une classe clinique se décompose comme suit: enseignement direct de la lecture, de l'arithmétique et de l'orthographe: 50-75%; rencontres avec le personnel au sujet de la discipline, de la sélection et de l'adaptation du matériel, et des méthodes d'enseignement: 8-14%; préparation et planification de l'enseignement: 1 hre/jour - 16%; appréciation et évaluation: 7-13%. Les études de Hardy démontrent que 45% du temps consacré aux activités de correction consistent en une intervention directe (3% sur le plan individuel, 23% en petits groupes et 18% en classes). En ce qui concerne le temps d'intervention indirecte, 45% est consacré à fournir des conseils et des ressources et 8% à travailler auprès des bénévoles et des tuteurs.

(b) Spécialisation

En plus de travailler comme éducateur dans des classes différenciées d'éducation spécialisée ou dans des classes cliniques comme décrit ci-dessus, le psycho-éducateur peut se diriger vers d'autres fonctions. La principale fonction des professeurs itinérants des secteurs urbains ou ruraux est d'agir en tant que consultant auprès des professeurs de plusieurs écoles différentes. Les responsabilités du professeur itinérant comprennent l'appréciation, la sélection, l'adaptation et l'évaluation des ressources, de l'équipement et des techniques d'enseignement, et les consultations et stages de formation destinés aux enseignants. Dans certains cas, l'éducateur itinérant peut, au besoin, offrir un enseignement spécialisé à un enfant en particulier; il peut aussi prêter assistance aux parents, au personnel enseignant, aux conseillers(ères) et aux travailleurs sociaux.

Les psycho-éducateurs effectuant les fonctions susmentionnées ont reçu soit une formation de généraliste capable de travailler auprès de personnes atteintes de handicaps légers, soit une formation spéciale dans certains domaines précis (comme la lecture ou le langage), soit une formation spéciale auprès de types particuliers d'handicapés (difficultés d'apprentissage, handicaps auditifs ou troubles du comportement). Dans certaines juridictions, les psycho-éducateurs reçoivent un certificat spécial indiquant leur domaine de spécialisation.

L'étudiant(e) qui obtient un autre diplôme après avoir obtenu le baccalauréat en éducation spécialisée, est souvent considéré comme étant un spécialiste ou "maître éducateur" qui fournit souvent un service direct à l'enfant exceptionnel. Ceux qui obtiennent une maîtrise peuvent aussi intervenir directement, mais ils vont davantage opter pour le travail au niveau consultatif ou administratif. Ces personnes participent souvent à l'élaboration et l'évaluation de programmes, à fournir des services d'évaluation et de consultation, à la recherche et à l'enseignement des stages de formation. Dans certaines provinces, les titulaires d'une maîtrise en éducation spécialisée obtenue dans un département de psychologie pédagogique peuvent être certifiés en tant que psychologues. Plusieurs fonctions remplies par le titulaire d'une maîtrise peuvent aussi être du ressort de la personne qui détient un doctorat (PhD ou EdD). De plus, le titulaire d'un doctorat en éducation spécialisée est souvent employé en tant que directeur général et comme professeur ou chercheur universitaire.

IV. DROITS ET RESPONSABILITÉS

Smith et Neisworth (1977) proposent la définition suivante de l'éducation spécialisée:

> "La profession de l'éducation spécialisée se préoccupe de l'arrangement des variables pédagogiques favorisant la prévention, la réduction ou l'élimination de toute condition qui engendre des déficiences significatives chez les enfants, au niveau des fonctions pédagogiques, locomotrices, communicatrices ou adaptatrices ... une science appliquée qui émerge dans le but de concevoir et de pratiquer une intervention visant la normalisation pour tous les enfants (p. 13)."

Normalement, le psycho-éducateur reçoit du ministère provincial de l'éducation, un curriculum décrivant la gamme des habiletés à enseigner, et l'ordre dans lequel elles doivent être enseignées à une sous-population précise d'enfants en difficulté d'apprentissage. Il recevra aussi le programme d'enseignement et le matériel nécessaire. Les responsabilités de l'éducateur consistent à évaluer le niveau de rendement de chaque élève, à diagnostiquer les besoins spécifiques, à

sélectionner des objectifs appropriés à court et à long terme, à choisir et mettre en oeuvre des méthodes et des ressources d'enseignement selon les besoins individuels, à réévaluer les progrès de chaque élève, à réviser les programmes en conséquence et à en faire rapport aux parents et au directeur de l'école. Au besoin, le psycho-éducateur peut habituellement diriger un élève vers une équipe régionale de soutien professionnel. Ces équipes peuvent comprendre des psychologues pédagogiques ou scolaires, des orthophonistes, des physiothérapeutes, et des conseillers(ères) spécialisé(e)s en déficiences auditives ou visuelles et en troubles de la lecture ou du langage. L'équipe peut aussi comprendre des travailleurs sociaux et des représentants du service d'hygiène publique. Les membres de l'équipe peuvent aussi adresser des cas à d'autres professionnels oeuvrant en dehors des cadres de l'enseignement comme, par exemple, des médecins, des neurologues et des ophtalmologistes.

Dans certains cas, le psycho-éducateur peut diriger un enfant directement vers des professionnels oeuvrant à l'extérieur du système scolaire. En règle générale cependant, les consultations demandées par les professeurs de classes différenciées et de classes cliniques sont d'abord dirigées vers: a) des coordonnateurs ou conseillers de programmes qui occupent soit un poste itinérant, soit un poste fixe; b) le directeur de l'école; ou c) l'équipe de soutien professionnel. Le conseiller de programme et le directeur peuvent diriger l'élève vers l'équipe de soutien, ou directement vers les professionnels à l'extérieur du système scolaire.

Le psycho-éducateur qui travaille dans une classe différenciée ou une classe clinique, ou en milieu institutionnel, est relativement isolé des autres professeurs. Lorsque l'éducation spécialisée est abordée dans un contexte multidisciplinaire, chaque discipline fournit une évaluation initiale puis élabore et applique isolément ses propres méthodes correctives. La communication entre disciplines est presque inexistante et on ne fait aucun effort pour dispenser les services en fonction des priorités de l'enfant. Le modèle interdisciplinaire ressemble au modèle multidisciplinaire du fait que les membres des différentes disciplines font une évaluation initiale de façon indépendante, et aussi du fait que chaque programme thérapeutique est appliqué indépendamment des autres programmes. Essentiellement, ce qui différencie ces deux modèles, c'est que le modèle interdisciplinaire préconise l'établissement de communications officielles et la désignation d'un responsable du dossier, afin d'éviter le cloisonnement et la fragmentation des services. Le rôle de la personne responsable du dossier n'est pas de contrôler le service, mais plutôt d'acheminer l'information. On constate un engagement solide en faveur des prises de décision en groupe et de l'élaboration d'un plan unifié des services. Pour ce qui est du modèle transdisciplinaire, les membres de l'équipe sont responsables de l'évaluation initiale (McCormick et Goldman, 1979). De plus, ils doivent contribuer à l'élaboration d'un programme global de traitement individualisé. Ce modèle est unique du fait que, dans cette équipe, ce n'est pas chaque discipline qui applique son propre traitement, car toute la programmation corrective est confiée à un ou deux membres qui ont été sélectionnés par l'équipe. Les autres membres de l'équipe sont disponibles en permanence pour être consultés ou pour prêter assistance.

V. EXPÉRIENCE SUBJECTIVE ET ATTENTES PROFESSIONNELLES

Normalement, dans un modèle transdisciplinaire ou interdisciplinaire, l'éducateur spécialisé (en raison de la nature, de l'ampleur et de la durée de son contact avec l'individu handicapé), est soit nommé responsable du dossier, soit affecté à une petite équipe directement responsable du traitement. Le cas échéant, il participe en tant que membre de l'équipe, au partage réciproque des données diagnostiques et à l'élaboration, l'application et l'évaluation coordonnées du traitement. Ces modèles lui permettent de renseigner les autres membres de l'équipe sur les

changements survenus dans le comportement quotidien de l'enfant. Les renseignements peuvent aider à diagnostiquer, à prescrire et à modifier le traitement. Par exemple, le psychologue de l'équipe devient familier avec l'éducateur et l'enfant; il peut donc recommander des méthodes de traitement qui conviennent à l'enfant et qui sont conformes à la philosophie et à la méthodologie de l'éducateur.

Malheureusement, les modèles transdisciplinaire et interdisciplinaire d'intervention ne sont pas très répandus. Quant au modèle multidisciplinaire plus courant, les différentes disciplines travaillent de façon relativement isolée, les unes par rapport aux autres. Non seulement le manque de communication et de coordination qui en résulte est-il une cause d'empiètement ou d'omission de services essentiels, mais, en plus, il peut avoir des conséquences néfastes lorsque certains traitements agissent l'un contre l'autre. Prenons par exemple le cas d'un enfant qui présente de sérieux troubles du comportement en classe. Pour remédier à ce problème, un médecin lui prescrit un médicament au moment où l'éducateur commence à utiliser des techniques de modification du comportement. Pendant la période où le médecin tente d'établir un dosage convenable, l'éducateur utilise des techniques d'extinction du comportement, lesquelles provoquent habituellement un accroissement transitoire de la fréquence, de l'intensité et/ou de la durée des comportements visés. En constatant cette situation, le médecin sera peut-être porté à augmenter la dose ou à changer de médicament, provoquant ainsi des effets secondaires auxquels l'éducateur ne s'attend pas. Ainsi, l'éducateur et le médecin utiliseront peut-être une longue suite alternante de traitements pour tenter de contrer les effets secondaires produits par un programme de traitements non coordonné. À la rigueur, cette situation pourrait se solder par l'abandon de certaines techniques potentiellement utiles. Quel espoir reste-t-il quand les meilleures techniques possibles ne parviennent pas à donner les améliorations escomptées? Malheureusement, dans le présent cas, l'enfant est la victime plutôt que le bénéficiaire des traitements.

Le modèle multidisciplinaire soulève une autre difficulté, du fait que le traitement des problèmes par différents professionnels qui pratiquent isolément n'améliore peut-être pas les problèmes habituellement manifestés dans la classe, et qui exigent un traitement de priorité. En fait, il arrive que les problèmes observés dans un milieu clinique sont inexistants dans la classe ou, s'ils existent, leur manifestation en milieu clinique est faussée. En conséquence, les recommandations des cliniciens peuvent sembler tout à fait inappropriées aux yeux de l'éducateur. Dans un tel cas, le clinicien perd de la crédibilité et l'enfant ne reçoit pas les traitements nécessaires.

S'il n'existe pas de coordination entre la clinique et la classe, l'éducateur ne peut pas travailler à généraliser et à maintenir les effets des traitements entrepris en clinique. C'est une situation très frustrante pour l'éducateur, si c'est lui/elle qui a fait les premières démarches en vue d'un traitement. Une autre source de problèmes survient lorsqu'un professionnel qui ne connaît pas le milieu et les méthodes scolaires recommande un traitement, une généralisation et un suivi qui ne conviennent pas à une classe.

Un autre problème se produit fréquemment lorsque l'éducateur reçoit des recommandations générales plutôt que spécifiques, lesquelles sont sujettes à plusieurs interprétations dont certaines peuvent être très inappropriées et demander beaucoup de temps et d'effort. Par exemple, la recommandation "d'utiliser une approche très structurée pour l'enseignement afin de réduire le comportement hyperactif et inattentif d'un enfant en particulier" offre très peu de directives précises à l'éducateur. D'autre part, si l'éducateur et la personne faisant les recommandations avaient travaillé ensemble, ils auraient pu identifier avec précision la façon de "structurer l'enseignement" pour obtenir les effets désirés.

Dans bien des cas, l'éducateur est la principale source d'information diagnostique relative aux réactions typiques de l'enfant face à diverses situations quotidiennes. De plus, l'éducateur est souvent le principal agent de traitement et se trouve dans une situation idéale pour évaluer les effets de divers types de traitement. Ainsi, tous les partis concernés peuvent bénéficier d'une communication réciproque et continuelle entre les professionnels impliqués dans le programme de traitement d'un enfant.

SOURCES DE RÉFÉRENCE

1. BLAKE N: A short history of the blind department of Jericho Hill Totem pole 1956; 22: 1-2

2. CHURCH EJM: Special Education in Alberta: Past accomplishments, present issues and future prospects. De CSAPO M, GOQUEN L (éditeurs): Special Education Across Canada. Vancouver: Centre for Human Development and Research, 1980

3. EVAN S: The consulting role of the resource teacher. Exceptional children 1980, 402-404

4. GOQUEN LJ: Right to education for exceptional children in Canada: A growing national concern. De CSAPO M, Across Canada. Vancouver: Centre For Human Development and Research, 1980

5. HARDY M, MCLEOD J, MINTO H, PERKINS S, QUANCE W: Standards for Educators of Exceptional Children in Canada. Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1971

6. HARDY M: The learning resource teacher. Education

7. HARDY M: The learning resource model in a school system. Exposé présenté lors du congrès mondial sur l'éducation spécialisée de l'avenir (First, Stirling, Écosse, 25 juin-1er juillet, 1978), ERIC ED 157-285

8. HARING, NG, BATEMAN B: Teaching the Learning Disabled Child. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1977

9. KEETON A: Policies and practices in Ontario special education: A time for change. De CSAPO M, GOQUEN L (éditeurs): Special Education Across Canada. Vancouver: Centre for Human Development and Research, 1980

10. LERNER J: Children with Learning Disabilities. Boston: Houghton Mifflin, 1976

11. McCORMICK L, GOLDMAN R: The transdisciplinary model: Implications for service delivery and personal preparation for the severely and profoundly handicapped. AAESPH Review 1979; 4(2), 152-161

12. MYERS P, HAMMILL D: Methods for Learning Disorders. New York: John Wiley and Sons, 1976

13. SARGENT L: Resource teacher time utilization: An observational study. Exceptional Children 1981; 420-425

14. SMITH R, NEISWORTH H: The Exceptional Child. New York: McGraw-Hill, 1977

Robert Shea

1. DONNÉES HISTORIQUES ET MILIEUX DE TRAVAIL

(a) Historique

La médecine est la première profession de l'art et de la science pour prévenir, guérir et soulager la maladie. Son histoire et celle de l'humanité s'entrecroisent. La pratique de la médecine est déjà ancienne quand débute l'histoire écrite. Des crânes datant de 8 000 à 10 000 ans portent des traces d'interventions chirurgicales, ou de ce que nous appelons aujourd'hui des "trépanations". Notre profession possède un grand héritage de services à l'humanité vieux de 50 siècles, et fondé sur le souci du bien-être de ses semblables, hommes, femmes et enfants. La qualité, ou le manque de qualité, des services médicaux a profondément influencé l'évolution des civilisations passées et continue à le faire encore aujourd'hui (Parke Davis, 1966).

(b) Programmes de formation

Un programme de formation en médecine est offert par la faculté de médecine de 16 universités canadiennes (inscrites à la section 7 du présent chapitre). Les candidats se font concurrence pour obtenir l'inscription dans ces programmes. Plusieurs universités provinciales ont des quotas, ou exigent que le candidat soit domicilié dans la province où l'université est établie. La plupart des facultés de médecine exigent que l'étudiant ait complété, avec de bons résultats, deux à trois années d'études universitaires dans un programme arts/sciences, avant d'être admis au programme de formation de trois ou quatre ans (varie selon la durée de l'année scolaire), et d'obtenir le grade en médecine. L'étudiant doit ensuite effectuer un à deux ans de formation clinique additionnelle avant de commencer à exercer.

La plupart des diplômés en médecine terminent les études susmentionnées et sont reçus à l'examen établi par le Conseil canadien de la médecine. D'autres préfèrent poursuivre leur formation dans une division précise de médecine ou de chirurgie. Ces programmes de formation spécialisée varient selon les universités et le personnel du programme, mais tous ces centres et programmes de formation doivent être approuvés par la division de formation et d'évaluation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, laquelle établit les épreuves orales et écrites rigoureuses des examens auxquels sont soumis les candidats qui terminent ces programmes spécialisés.

(c) Milieux de travail

Beaucoup de médecins pratiquent ce qu'on appelle des "soins primaires". Ce sont eux qui ont le premier contact avec le patient. Ces médecins peuvent travailler seuls, tout en prenant des

---

* Réviseurs de ce chapitre: J.K. Martin, MD, FRCP (C), Directeur des services médicaux, Glendale Lodge Hospital, Victoria; A. Mervyn Fox, MB, BS, FRCP (C), DCH, Developmental pediatrician, Thames Valley Children's Centre, London.

dispositions pour se faire remplacer par un autre médecin dans une situation analogue, pendant la soirée en alternance ou de façon régulière, pendant les fins de semaine, pour les réunions d'éducation médicale continue, ou les vacances annuelles. Si les médecins travaillent en groupe, ils se remplacent à tour de rôle, à l'intérieur d'un même bureau. Dans ce genre de milieu, le patient est habituellement assuré de la présence d'un médecin qu'il connaît et avec qui il se sent à l'aise en l'absence de son propre médecin. De plus, son dossier est accessible au médecin sur appel. D'autres médecins travaillent en association avec des grandes cliniques médicales où l'on retrouve des spécialistes en médecine et en chirurgie et des médecins de famille. D'autres travaillent dans le milieu de l'hygiène publique, comme les unités de santé au niveau municipal, ou dans un milieu de soins ambulatoires généralement établi dans un centre hospitalo-universitaire.

Les spécialistes en médecine et en chirurgie travaillent souvent dans des milieux comparables. Plusieurs (surtout les internistes et les pédiatres) sont aussi impliqués dans les soins primaires. Certains spécialistes limitent leur pratique à des domaines précis de sous-spécialités de la chirurgie et de la médecine. Parmi ceux-ci, plusieurs exercent dans des milieux à population nombreuse, ou dans des milieux universitaires où ils consacrent une partie de leur temps aux conférences et aux cours de formation destinés aux étudiants au niveau du baccalauréat et aux médecins inscrits aux programmes de formation spécialisée au niveau post-universitaire.

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES PROPRES À LA PROFESSION

(a) Matières de base

Le premier souci du médecin est le diagnostic et le traitement des processus pathologiques. La formation visant cet objectif implique l'étude des sciences de base dont l'anatomie humaine (tant macroscopique que microscopique), l'embryologie, la physiologie, la biochimie, la pathologie et la pharmacologie. Ces études de base permettent à l'étudiant de se former à la collecte méthodique de données, et aux déductions logiques qu'il faut tirer de ces données. Il est essentiel de connaître les fonctions organiques du corps en santé, pour arriver à comprendre les réactions organiques face aux agents nocifs de la maladie. L'étude scientifique des causes de la maladie permet de trouver les mesures nécessaires à la prévention de cette maladie. Pour comprendre les fonctions d'un organe, il est essentiel de connaître ses structures et son anatomie. Il faut nécessairement connaître les processus biochimiques d'un organe, si l'on veut comprendre ses fonctions et sa physiologie. L'études des maladies (pathologie) et des effets d'agents thérapeutiques sur ces maladies (pharmacologie/thérapies) est, elle aussi, essentielle.

Une fois ces connaissances fondamentales acquises pendant une période d'environ deux ans, le travail est orienté vers le milieu clinique. L'information acquise peut donc être appliquée aux conditions cliniques des patients (au chevet des malades dans un hôpital, ou dans des cliniques externes, des bureaux) - toujours sous la surveillance étroite d'un clinicien nommé à la tâche en raison de sa formation ou de ses qualifications et de son habileté reconnue pour transmettre ces connaissances et "l'art" de la médecine aux étudiants. Au cours des deux années qui suivent, l'étudiant évolue dans les divers services de médecine et de chirurgie et de leurs sous-spécialités, acquérant les compétences nécessaires pour interviewer le patient et effectuer l'examen physique, pour sélectionner les méthodes d'investigation appropriées, et pour interpréter les résultats afin de délimiter le problème s'il y a lieu et indiquer la marche à suivre pour le régler. Le médecin apprend aussi a reconnaître les problèmes qu'il peut traiter lui-même et ceux qui nécessitent l'intervention de personnes qui ont les compétences et la formation requises.

(b) Matières spécialisées et recherches

Le domaine de la médecine est si vaste, et les connaissances médicales se développent avec une telle rapidité, que beaucoup de sous-spécialités médicales et chirurgicales surgissent. L'expérimentation animale a permis de développer des connaissances propres à chaque sous-spécialité comme, par exemple, en ce qui concerne le métabolisme des hydrates de carbone, la nutrition et l'endocrinologie. Plusieurs techniques chirurgicales ont été perfectionnées grâce à l'expérimentation animale. Certains problèmes cliniques sont étudiés uniquement au moyen de l'observation continue et enregistrée des êtres humains. Des progrès énormes ont été accomplis grâce à ces recherches cliniques.

Ce type de recherche est souvent entrepris par des spécialistes en pratique clinique qui sont aux prises avec des problèmes cliniques qu'ils doivent solutionner. Il arrive souvent qu'un médecin qui se spécialise en médecine ou en chirurgie rencontre ce genre de problème, étudie la documentation existante relative au problème, et élabore une expérience ou un protocole pilote pouvant impliquer une série d'animaux de laboratoire avec lesquels on reproduit le problème. Puis, on utilise un nouvel agent pharmacologique ou un procédé chirurgical différent ou novateur, sous la surveillance ou avec l'aide du clinicien ou d'un professeur d'une science pure pertinente. En règle générale, les résultats de travaux de ce genre sont présentés lors de réunions médicales, contestés par d'autres personnes oeuvrant dans le même domaine, publiés dans des revues cliniques ou des revues de sciences pures, répétés par d'autres, et accepté ou rejetés en tant que mode de traitement médical/chirurgical reconnu pour traiter ce problème. On sait que ces méthodes permettent de doubler les connaissances médicales à tous les dix ans, ce qui rend évident le besoin d'offrir des programmes d'éducation médicale continue, tant pour les médecins primaires que les médecins consultés, afin qu'ils soient toujours au courant des maladies et des traitements appropriés.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES PROPRES À LA MÉDECINE

(a) Méthodes diagnostiques générales

Le diagnostic d'un problème ou d'une maladie dépend de l'information obtenue quant aux plaintes que formule le client. Chez les adultes, c'est le patient qui nous fournit ces renseignements tandis que chez l'enfant ou le nourrisson, les renseignements sont habituellement obtenus du/des parent(s). L'entrevue avec le patient est organisée de façon à obtenir la nature de la plainte ou du problème, et des renseignements relatifs à ses premières manifestations--Qu'est-ce qui soulage ou aggrave le problème? Ce patient a-t-il déjà présenté un problème semblable? Quels sont ses antécédents médicaux? Quels sont les antécédents médicaux des membres de la famille? Problèmes des systèmes organiques? Mode de vie et habitudes personnelles? Le médecin effectue une anamnèse soignée et approfondie et un examen complet, dans le but de vérifier si certaines données physiques correspondent aux données fournies par le patient. Des investigations de laboratoire sont peut-être indiquées comme, par exemple, l'hémoglobine, le nombre et la forme des globules rouges et blancs, et l'examen chimique du serum sanguin et/ou des globules. Des radiographies des parties du corps en cause sont peut-être indiquées, ou bien des mesures électrophysiologiques - comme l'électrocardiogramme (ECG), l'électroencéphalogramme (EEG); ou encore des examens spécialisés comme les tomographies par ordinateur du cerveau et du crâne (CT scan), ou d'autres investigations des autres parties du corps au moyen de substances traceuses radioactives.

En se fondant sur une combinaison de l'anamnèse, des données physiques et des résultats des investigations, on peut entreprendre le traitement qui s'impose.

(b) Spécialisations propres à la profession

L'exercice de la médecine et de la chirurgie englobe beaucoup de spécialisations. Avant 1937, deux spécialisations, la "médecine interne" et la "chirurgie générale", sont reconnues par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada qui a été créé en 1929 dans le but d'inciter les médecins et les chirurgiens à améliorer leurs qualifications et, par le fait même, améliorer la qualité des services offerts au public. L'agrément du Collège royal est devenu une exigence quasi-universelle pour l'obtention d'un poste d'enseignement dans les facultés de médecine, pour certains privilèges accordés au personnel hospitalier, pour être membre de certaines sociétés de spécialistes (par exemple, la Société canadienne de pédiatrie), pour réclamer des honoraires de spécialiste, pour être reconnu et certifié en tant que spécialiste par neuf des dix commissions provinciales de certification médicale (Au Québec, c'est la Corporation professionnelle des médecins du Québec qui agit comme commission de certification; elle offre son propre programme de certification pour les spécialistes).

"L'obstétrique et la gynécologie" de même que la "pédiatrie" ne tardent pas à devenir des spécialités au même titre que la "médecine interne" et la "chirurgie générale". Les sous-spécialités chirurgicales d'orthopédie, d'urologie, de neurochirurgie, d'ophtalmologie et d'oto-laryngologie en découlent et, plus tard, l'expansion de la technologie et des connaissances scientifiques con.-ibuent au développement des sous-spécialités médicales de cardiologie, d'immunologie clinique, de gastroentérologie, d'hématologie, de médecine respiratoire, de rhumatologie, de néphrologie et d'endocrinologie.

À l'heure actuelle, il existe 40 spécialités reconnues par le Collège royal qui en a établi les programmes de formation et qui offre les examens. Pour sa part, la American Medical Association compte 83 "domaines médicaux reconnus comme étant d'intérêt spécial". Le Collège royal continue d'examiner des propositions visant la reconnaissance d'autres spécialités ou domaines de compétences spéciales (par exemple, la néonatalogie) (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 1979 et 1980).

Il n'est pas nécessaire de mentionner les 40 spécialités dans le présent chapitre. Celles que nous vous présentons ci-dessous sont les plus susceptibles de recourir à l'intervention d'une équipe interdisciplinaire.

Pédiatrie:

Les médecins en pédiatrie travaillent auprès d'enfants de la naissance (et quelques fois avant) jusqu'à l'âge de 16 ans. À ce titre, le pédiatre s'intéresse à la croissance et au développement à tous les âges et stages de la naissance jusqu'à l'adolescence, ainsi qu'à l'identification et au traitement de tous les problèmes et maladies survenant pendant cette période. Son travail implique principalement des soins primaires. Certains pédiatres, ayant acquis une formation dans une sous-spécialité, sont consultés pour des problèmes neurologiques ou des problèmes relatifs à la gastro-entérologie (estomac, intestins, foie); à l'endocrinologie (thyroïde, surrénales); à la cardiologie (coeur et problèmes afférents); à l'hématologie (anémie, leucémie, problèmes de coagulation). L'enfant qui présente plusieurs problèmes peut nécessiter des consultations dans une ou plusieurs sous-spécialités pédiatriques. Le pédiatre primaire est

habituellement celui qui demande les consultations, qui explique les résultats aux parents et qui aide à établir les priorités relatives au traitement.

Médecine interne

Le praticien en médecine interne se spécialise dans le diagnostic et le traitement médical (par opposition au traitement chirurgical et obstétrical) des maladies chez les adultes, y compris des problèmes cardiaques et pulmonaires, le diabète, des problèmes au niveau de la thyroïde ou du système endocrinien, de même que des maladies du système sanguin et des problèmes digestifs.

Physiatrie et réadaptation

Le médecin en physiatrie et réadaptation est habilité à diagnostiquer, à traiter et à prévenir la maladie à l'aide d'agents physiques comme: la lumière, la chaleur, le froid, l'eau, l'électricité, ou des appareils mécaniques (appareils orthopédiques, prothèses). Il a aussi la formation requise pour répondre aux nombreux besoins des victimes de traumatismes et d'accidents cérébraux. Quelques physiatres spécialisés en pédiatrie collaborent à: l'appareillage et l'apprentissage de la démarche en cas de paralysie cérébrale, l'appareillage pour asseoir des enfants qui n'ont pas d'équilibre lorsqu'ils sont en position assise, et la direction de traitements précis de physiothérapie.

Ophtalmologie

L'ophtalmologiste est spécialisé dans le diagnostic et le traitement médical et chirurgical des maladies ou des déficiences au niveau de l'oeil et des structures attérentes. Chez les enfants, les problèmes de l'oeil sont souvent associés à d'autres déficiences au niveau du développement.

Oto-rhino-laryngologie

Le médecin spécialisé en oto-rhino-laryngologie s'occupe du diagnostic et du traitement médical et chirurgical de maladies de l'oreille, du nez et de la gorge. Ce spécialiste doit être consulté pour des enfants souffrant de pertes périodiques ou permanentes de l'ouïe.

Chirurgie plastique

Le spécialiste en chirurgie plastique s'occupe de restauration, de reconstruction, de correction ou d'amélioration au niveau de la forme et de l'apparence des structures du corps qui présentent des déficiences, des plaies ou des malformations causées par des blessures ou des maladies, ou survenues pendant la croissance et le développement. Ce chirurgien possède les habiletés requises pour réparer les fissures labiales et palatines, et pour corriger les doigts palmés ou les portions absentes ou anormales de l'anatomie (comme les oreilles).

Neurologie

Le neurologue se spécialise dans le traitement des problèmes du système nerveux. Les enfants atteints de paralysie cérébrale, d'épilepsie et de dystrophie musculaire sont souvent vus par un neurologue et, de préférence, un pédiatre spécialisé en neurologie. Le neurologue est habilité à interpréter les électroencéphalogrammes (EEG).

Urologie

Le spécialiste en urologie s'occupe de l'appareil urinaire et génital chez les hommes, et de l'appareil urinaire chez les femmes.

Orthopédie

L'orthopédie est la branche de chirurgie consacrée spécialement à la conservation et à la restauration des fonctions du système squelettique, de ses articulations, et des structures afférentes. Le spécialiste en orthopédie pédiatrique possède les habiletés requises pour le soin de problèmes orthopédiques reliés à la paralysie cérébrale, à la luxation des hanches et aux problèmes liés au développement osseux chez les enfants (comme la scoliose).

Génétique

La combinaison d'anomalies présentes chez un enfant peut constituer un syndrome documenté, reconnu pour être transmis héréditairement. Dans un tel cas, il est recommandé que l'enfant et ses parents soient évalués par un spécialiste de la génétique humaine, dans le but de cataloguer les anomalies, entreprendre les examens chromosomiques pertinents, et conseiller les parents quant au risque de transmettre la maladie, soit aux enfants qu'ils auront à l'avenir, soit aux petits-enfants, c'est-à-dire les enfants des frères et soeurs du patient.

De nos jours, certains pédiatres sont spécialement formés à travailler en milieu interdisciplinaire. Ils ont des connaissances en médecine et en développement de l'enfant, et ils comprennent et acceptent les compétences apportées à l'équipe interdisciplinaire par les orthophonistes et les audiologistes, les psychologues, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les éducateurs. En tant que tel, le pédiatre qui exerce dans ce contexte est dans une position unique pour coordonner l'évaluation médicale, proposer les consultations appropriées, examiner les résultats avec l'équipe, et expliquer ces résultats aux parents dans un langage qu'ils comprennent.

IV. DROITS ET RESPONSABILITÉS DE LA PROFESSION

(a) Autonomie

Dans chaque province canadienne, la profession médicale est reconnue en vertu d'une loi sur les professions médicales. Cette loi prévoit l'établissement d'une commission provinciale de certification qui, normalement, délègue le contrôle des médecins praticiens au Collège provincial des médecins et chirurgiens, lequel est chargé de définir les q alifications requises pour pratiquer la médecine ou une spécialité médicale dans cette province. Le collège agit aussi comme conseil de discipline pour la profession. Au Canada, l'obtention du certificat de spécialiste est régi par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada[a] qui définit la préparation requise pour la formation, effectue les évaluations des programmes de formation et des personnes inscrites aux programmes, et compose les épreuves écrites et orales des examens qui doivent être passés

---

[a]Dans la province de Québec, c'est la Corporation professionnelle des médecins du Québec qui régie la certification des spécialistes.

avant d'avoir le droit de se désigner comme étant membre associé ou "Fellow du Collège royal des médecins du Canada", FRCP (C) ou membre associé ou "Fellow du Collège royal des chirurgiens du Canada", FRCS (C).

(b) Systèmes de consultation

Le médecin peut consulter un autre médecin du même domaine médical ou d'une sous-spécialité, par exemple la neurologie. Le médecin consulté fait une entrevue avec le patient, examine les investigations antérieures, demande toute autre investigation qu'il juge pertinente, et utilise ces résultats pour donner son opinion et/ou des recommandations pour le traitement. En règle générale, le patient est retourné au médecin traitant pour la continuité des soins, à moins que celui-ci ne demande au médecin consulté d'entreprendre le traitement du problème. Le médecin traitant n'est pas tenu de suivre les recommandations du médecin consulté, mais normalement il s'y conforme.

Le médecin peut consulter un professionnel d'un domaine connexe comme un psychologue, un orthophoniste, un audiologiste, un physiothérapeute, un ergothérapeute, ou un travailleur social. Normalement, le médecin apprécie les compétences fournies par un domaine dont il ne possède pas les connaissances spécialisées.

Un professionnel de la santé ou un enseignant peut adresser sa consultation directement au médecin. Cependant, certains médecins travaillent dans un domaine spécialisé dont l'accès est limité en raison de leur engagement à temps partiel ou à temps plein dans l'enseignement/la pratique. Le cas échéant, il faudra peut-être adresser la consultation au médecin de famille qui vérifiera si elle est bien nécessaire. De plus, les régimes d'assurance-maladie couvrent les honoraires des consultations de source médicale, mais ne les couvrent pas lorsqu'elles sont de source non médicale. Ces consultations sont souvent classifiées comme étant des examens "au tiers", laissant le patient personnellement responsable des honoraires du médecin consulté. Si la consultation passe par le médecin de famille, le programme d'assurance-maladie paie les honoraires du médecin consulté pour les services fournis (sans aucune tarification au patient, à moins qu'il n'y ait un "dépassement d'honoraires" ou que le médecin consulté n'exerce en dehors des cadres du régime d'assurance-maladie). Dans l'intérêt de la famille impliquée, il est recommandé d'examiner la situation relative aux honoraires avant de demander la consultation et, ainsi, éviter tout embarras tant à la famille qu'au médecin consulté. Il arrive souvent que des médecins soient salariés "à plein temps" dans les milieux de réadaptation. Dans ce contexte, les entrevues et les examens de consultation prennent beaucoup de temps et méritent les honoraires plus élevés du médecin consulté, ce qui constitue un revenu de compensation pour l'hôpital employeur qui paie le salaire des médecins.

Certains facteurs favorisent actuellement une tendance vers l'accroissement des consultations. Ce sont d'une part, la plus grande disponibilité des services médicaux pour les personnes qui sont malades et, d'autre part, les connaissances médicales qui se développent à un tel rythme que le médecin primaire reconnaît qu'il a besoin d'aide et qu'il peut l'obtenir chez des spécialistes travaillant dans des domaines précis. Des considérations médico-légales, et l'universalisation de l'organisation sanitaire, ont aussi tendance à faire augmenter la fréquence des consultations (Saunders, 1980).

En règle générale, lorsqu'on consulte, on reconnaît qu'on a besoin d'aide. Le médecin consulté, ou l'équipe qui voit le patient, conseille le médecin traitant quant aux soins ultérieurs, ou

alors il procède au traitement tel que demandé par le médecin traitant. Des problèmes surviennent lorsque les rôles de consulté et de consultant ne sont pas expliqués au patient, qui ne sait plus quel médecin s'occupera du suivi et lui fera parvenir les rapports (Saunders, 1980).

V. EXPÉRIENCE ET ATTENTES PROFESSIONNELLES

(a) Collaboration de la part des autres professions

Pour ma part, je travaille dans un milieu interdisciplinaire où l'on retrouve, en plus de la pédiatrie, de la physiatrie et de la réadaptation, les soins infirmiers, l'orthophonie, l'audiologie, la psychologie, la physiothérapie, l'ergothérapie, les services sociaux, et l'éducation. Les consultations adressées directement à l'équipe interdisciplinaire sont examinées par le directeur clinique qui considère la pertinence d'une évaluation par toute l'équipe. Si elle s'avère nécessaire, on obtient des renseignements concernant les investigations déjà effectuées par les disciplines représentées, afin d'éviter que des tests valables ne soient répétés inutilement. Une personne contact, choisie au sein d'une des disciplines présentes, est affectée au patient. Cette personne téléphone aux parents du patient et explique pourquoi la consultation a été demandée, puis elle clarifie les attentes des parents face à l'évaluation. À leur arrivée pour l'évaluation, le patient et ses parents sont accueillis par la même personne "contact" qui les aide à se familiariser avec la première étape du programme d'évaluation. Elle leur fournit un permis de stationnement, et les oriente vers des aires de repos et d'alimentation. Une fois l'évaluation terminée, tous les thérapeutes qui y ont participé se rencontrent pour discuter des résultats pertinents et pour développer une liste des "problèmes" avec leurs recommandations respectives. Si les résultats de l'évaluation correspondent au domaine de la première personne contact, c'est elle qui continue à agir comme contact auprès de la famille. S'il appert qu'une autre discipline travaillera plus étroitement avec le patient, on nomme un thérapeute de cette discipline pour rencontrer la famille et le directeur de conférence. Après la conférence, le thérapeute informe la famille verbalement des résultats de l'évaluation et des recommandations, et répond aux questions des parents. Une fois le résumé de l'évaluation complété, une liste des problèmes et des recommandations est envoyée aux parents. Le résumé est envoyé au médecin traitant et à toute institution (école) désignée par les parents. On demande aux parents d'examiner les problèmes et les recommandations avec le médecin et on leur rappelle la disponibilité de la personne contact au sein du service s'ils désirent des clarifications, des explications ou des directives. Ce système fonctionne bien dans la mesure où il bénéficie des compétences d'un coordonnateur efficace et intuitif, et de la collaboration d'un personnel de bureau et sténographique.

La collaboration des professionnels de la santé qui ont déjà eu des contacts avec le patient constitue un apport des plus avantageux. Les demandes de renseignements sont accompagnées d'un formulaire signé par les parents, nous autorisant à demander les renseignements pertinents. Cette méthode présente très peu de problèmes. En retour, et moyennant la permission des parents, nous partageons les résultats de l'évaluation avec les institutions qui s'occupent du patient évalué.

En tant que pédiatre et directeur des conférences d'équipe, je demande aux disciplines qui sont en mesure de le faire, d'observer et de mesurer les niveaux de fonctionnement, et de noter les capacités et les incapacités.

Les membres de l'équipe s'attendent à une interaction entre leurs opinions et mes opinions en tant que membre participant de l'équipe et président, pour en arriver à formuler des recommandations et un plan d'action.

(b) Zones réelles et potentielles de conflit avec les autres membres de l'équipe de réadaptation

Les zones de conflit concernent habituellement l'interprétation de la signification d'une absence prononcée ou faible de coordination motrice à un âge donné, devant des preuves peu concluantes d'une atteinte significative au niveau du système nerveux central. Les résultats documentés peuvent soulever des questions comme: Le patient requiert-il une formation sensori-motrice intégrative précise; ou ce degré d'incoordination tendra-t-il tout simplement à s'améliorer suffisamment en cours de maturation? L'incoordination motrice contribue-t-elle aux problèmes d'articulation et, dans l'affirmative, le traitement orthophonique doit-il attendre la maturation ou doit-il être entrepris maintenant? Les déficiences identifiées par les tests psychologiques reflètent-elles un simple manque d'expérience chez l'enfant, ou l'inexpérience de parents qui fournissent peu de stimulation cognitive ou peu de jouets appropriés? Un département reçoit-il des patients en vue d'une "thérapie" alors que, d'après son évaluation, le département croit qu'il y a peu de chances que ce traitement soit profitable au patient? Ces zones de conflit sont abordées avec optimisme à la conférence d'évaluation; on en discute et on arrive à un concensus facilitant l'établissement des recommandations. S'il existe des doutes concernant l'efficacité du traitement, il est recommandé de mettre la thérapie à l'essai pendant une période donnée, plutôt que de refuser le traitement.

Dans un milieu ou l'évaluation et le traitement sont effectués par plus d'un département, il est peu probable que le traitement fasse défaut dans un département en particulier, les lacunes seraient remarquées par un autre département traitant. Lorsque le traitement n'est pas effectué sous un même toit, il est plus probable que le patient soit victime d'une telle lacune, du fait que le personnel traitant d'une institution présume qu'une autre institution s'occupe d'un problème précis et que, en fait, rien n'est en marche pour le patient. C'est dans un tel cas que la "personna contact" est importante pour la famille, car elle agit en tant qu'agent promoteur pour la continuité du traitement recommandé.

(c) Questions en suspens dans la profession

Au cours de la dernière décennie, les handicapés et leur droits ont fait l'objet d'une plus grande attention. De tout temps, on a laissé mourir des enfants déficients. De nos jours, beaucoup d'enfants survivent grâce aux améliorations au niveau de la technologie, des moniteurs, des médicaments et des techniques chirurgicales. Leon Eisenberg, professeur de psychiatrie à l'Université Harvard, écrit: "Enfin on commence à se demander non pas peut-on le faire, mais doit-on le faire?"[7] Si on doit le faire, qui prend la décision à la place du nouveau-né: les parents, le médecin, les tribunaux, l'Église, ou un comité impartial qui examine l'aspect éthique et les intérêts du nouveau-né (Haslam, 1979)?

Les arguments appuyant l'affirmation qu'on peut laisser mourir un enfant déficient comprennent: les répercussions économiques défavorables sur la société, l'influence démoralisante sur la famille, et le fait que c'est peut-être dans les meilleurs intérêts de l'enfant.

Les arguments qui réfutent ces affirmations évoquent les dollars affectés aux soins médicaux de patients adultes de "la cour des miracles", sans aucun espoir de compensation pour la société; la certitude qu'en dépit du fait que certaines familles s'écroulent sous le poids supplémentaire d'un enfant handicapé, d'autres se débrouillent plutôt bien (il est essentiel de faire du counseling auprès des familles qui risquent de se désintégrer); et le fait qu'un adulte ne peut se mettre à la place de l'enfant atteint d'un handicap. Le parent adulte est-il en mesure de juger

alors il procède au traitement tel que demandé par le médecin traitant. Des problèmes surviennent lorsque les rôles de consulté et de consultant ne sont pas expliqués au patient, qui ne sait plus quel médecin s'occupera du suivi et lui fera parvenir les rapports (Saunders, 1980).

V. EXPÉRIENCE ET ATTENTES PROFESSIONNELLES

(a) Collaboration de la part des autres professions

Pour ma part, je travaille dans un milieu interdisciplinaire où l'on retrouve, en plus de la pédiatrie, de la physiatrie et de la réadaptation, les soins infirmiers, l'orthophonie, l'audiologie, la psychologie, la physiothérapie, l'ergothérapie, les services sociaux, et l'éducation. Les consultations adressées directement à l'équipe interdisciplinaire sont examinées par le directeur clinique qui considère la pertinence d'une évaluation par toute l'équipe. Si elle s'avère nécessaire, on obtient des renseignements concernant les investigations déjà effectuées par les disciplines représentées, afin d'éviter que des tests valables ne soient répétés inutilement. Une personne contact, choisie au sein d'une des disciplines présentes, est affectée au patient. Cette personne téléphone aux parents du patient et explique pourquoi la consultation a été demandée, puis elle clarifie les attentes des parents face à l'évaluation. À leur arrivée pour l'évaluation, le patient et ses parents sont accueillis par la même personne "contact" qui les aide à se familiariser avec la première étape du programme d'évaluation. Elle leur fournit un permis de stationnement, et les oriente vers des aires de repos et d'alimentation. Une fois l'évaluation terminée, tous les thérapeutes qui y ont participé se rencontrent pour discuter des résultats pertinents et pour développer une liste des "problèmes" avec leurs recommandations respectives. Si les résultats de l'évaluation correspondent au domaine de la première personne contact, c'est elle qui continue à agir comme contact auprès de la famille. S'il appert qu'une autre discipline travaillera plus étroitement avec le patient, on nomme un thérapeute de cette discipline pour rencontrer la famille et le directeur de conférence. Après la conférence, le thérapeute informe la famille verbalement des résultats de l'évaluation et des recommandations, et répond aux questions des parents. Une fois le résumé de l'évaluation complété, une liste des problèmes et des recommandations est envoyée aux parents. Le résumé est envoyé au médecin traitant et à toute institution (école) désignée par les parents. On demande aux parents d'examiner les problèmes et les recommandations avec le médecin et on leur rappelle la disponibilité de la personne contact au sein du service s'ils désirent des clarifications, des explications ou des directives. Ce système fonctionne bien dans la mesure où il bénéficie des compétences d'un coordonnateur efficace et intuitif, et de la collaboration d'un personnel de bureau et sténographique.

La collaboration des professionnels de la santé qui ont déjà eu des contacts avec le patient constitue un apport des plus avantageux. Les demandes de renseignements sont accompagnées d'un formulaire signé par les parents, nous autorisant à demander les renseignements pertinents. Cette méthode présente très peu de problèmes. En retour, et moyennant la permission des parents, nous partageons les résultats de l'évaluation avec les institutions qui s'occupent du patient évalué.

En tant que pédiatre et directeur des conférences d'équipe, je demande aux disciplines qui sont en mesure de le faire, d'observer et de mesurer les niveaux de fonctionnement, et de noter les capacités et les incapacités.

Les membres de l'équipe s'attendent à une interaction entre leurs opinions et mes opinions en tant que membre participant de l'équipe et président, pour en arriver à formuler des recommandations et un plan d'action.

(b) Zones réelles et potentielles de conflit avec les autres membres de l'équipe de réadaptation

Les zones de conflit concernent habituellement l'interprétation de la signification d'une absence prononcée ou faible de coordination motrice à un âge donné, devant des preuves peu concluantes d'une atteinte significative au niveau du système nerveux central. Les résultats documentés peuvent soulever des questions comme: Le patient requiert-il une formation sensori-motrice intégrative précise; ou ce degré d'incoordination tendra-t-il tout simplement à s'améliorer suffisamment en cours de maturation? L'incoordination motrice contribue-t-elle aux problèmes d'articulation et, dans l'affirmative, le traitement orthophonique doit-il attendre la maturation ou doit-il être entrepris maintenant? Les déficiences identifiées par les tests psychologiques reflètent-elles un simple manque d'expérience chez l'enfant, ou l'inexpérience de parents qui fournissent peu de stimulation cognitive ou peu de jouets appropriés? Un département reçoit-il des patients en vue d'une "thérapie" alors que, d'après son évaluation, le département croit qu'il y a peu de chances que ce traitement soit profitable au patient? Ces zones de conflit sont abordées avec optimisme à la conférence d'évaluation; on en discute et on arrive à un concensus facilitant l'établissement des recommandations. S'il existe des doutes concernant l'efficacité du traitement, il est recommandé de mettre la thérapie à l'essai pendant une période donnée, plutôt que de refuser le traitement.

Dans un milieu ou l'évaluation et le traitement sont effectués par plus d'un département, il est peu probable que le traitement fasse défaut dans un département en particulier, les lacunes seraient remarquées par un autre département traitant. Lorsque le traitement n'est pas effectué sous un même toit, il est plus probable que le patient soit victime d'une telle lacune, du fait que le personnel traitant d'une institution présume qu'une autre institution s'occupe d'un problème précis et que, en fait, rien n'est en marche pour le patient. C'est dans un tel cas que la "personne contact" est importante pour la famille, car elle agit en tant qu'agent promoteur pour la continuité du traitement recommandé.

(c) Questions en suspens dans la profession

Au cours de la dernière décennie, les handicapés et leur droits ont fait l'objet d'une plus grande attention. De tout temps, on a laissé mourir des enfants déficients. De nos jours, beaucoup d'enfants survivent grâce aux améliorations au niveau de la technologie, des moniteurs, des médicaments et des techniques chirurgicales. Leon Eisenberg, professeur de psychiatrie à l'Université Harvard, écrit: "Enfin on commence à se demander non pas peut-on le faire, mais doit-on le faire?"[7] Si on doit le faire, qui prend la décision à la place du nouveau-né: les parents, le médecin, les tribunaux, l'Église, ou un comité impartial qui examine l'aspect éthique et les intérêts du nouveau-né (Haslam, 1979)?

Les arguments appuyant l'affirmation qu'on peut laisser mourir un enfant déficient comprennent: les répercussions économiques défavorables sur la société, l'influence démoralisante sur la famille, et le fait que c'est peut-être dans les meilleurs intérêts de l'enfant.

Les arguments qui réfutent ces affirmations évoquent les dollars affectés aux soins médicaux de patients adultes de "la cour des miracles", sans aucun espoir de compensation pour la société; la certitude qu'en dépit du fait que certaines familles s'écroulent sous le poids supplémentaire d'un enfant handicapé, d'autres se débrouillent plutôt bien (il est essentiel de faire du counseling auprès des familles qui risquent de se désintégrer); et le fait qu'un adulte ne peut se mettre à la place de l'enfant atteint d'un handicap. Le parent adulte est-il en mesure de juger

convenablement du potentiel de douleur associé aux multiples interventions chirurgicales requises, et de la possibilité que l'enfant puisse demander à mourir en raison de souffrances insupportables (Hasiam, 1979)?

Face à ce dilemme, il n'y a pas de réponses claires et faciles, chaque cas devant être abordé à l'intérieur de son propre système de référence par les parents et les médecins (dans cet ordre) qui prennent la décision.

Et cette décision doit être fondée sur les meilleures prévisions médicales possibles quant à la longévité et la qualité de vie.

Des zones potentielles de conflit existent au sein de la profession médicale elle-même. Certains médecins consultent afin de savoir si un individu est atteint de paralysie cérébrale (l'enfant est-il retardé? L'enfant présente-t-il un problème significatif au niveau de la parole ou du langage?); mais ils n'ont aucune intention d'entreprendre des traitements précis. Si un traitement est recommandé et entrepris, certains médecins désapprouvent et s'opposent au traitement en question. Cependant, la majorité des médecins qui consultent sont intéressés à ce que l'évaluation soit faite et que le traitement indiqué soit entrepris pour toute déficience identifiée.

D'autres zones de conflit portent sur la recommandation de consultations ou de tests additionnels. Le service responsable de l'évaluation doit-il procéder aux tests et consultations indiqués, ou le patient doit-il être retourné au médecin traitant pour que celui-ci se charge de demander les tests/consultations s'il est d'accord? D'après mon expérience personnelle, je crois qu'il s'agit essentiellement de situations individuelles, et qu'un appel téléphonique effectué avec tact auprès du médecin traitant aura tôt fait de déterminer la marche à suivre.

Il est préférable aussi de clarifier les domaines de responsabilité médicale en ce qui concerne le patient suivi dans un milieu de réadaptation. Il existe habituellement un accord tacite voulant que, en cas d'accident ou de maladie subite, les mesures appropriées soient entreprises et le médecin traitant avisé. En règle générale, la continuité des soins médicaux réguliers demeurent la responsabilité du médecin traitant.

(d) Impressions personnelles sur les rôles, les avantages, les défis, les questions et les satisfactions reliés à la profession

Un travail de consultant à temps partiel dans le domaine général de la réadaptation, et l'exercice régulier de soins primaires en pédiatrie et en consultation pédiatrique, m'ont conduit au rôle que j'occupe présentement au sein d'une équipe de réadaptation. Cette démarche m'a permis de travailler étroitement avec d'autres professionnels de la santé, d'identifier mes propres lacunes au niveau des connaissances, et de reconnaître les compétences des autres personnes présentes à la table de conférence. Je constate que nous dépendons les uns des autres sur le plan des connaissances et des compétences. Ensemble, nous partageons les succès et nous agonisons devant les insuccès de ceux qui avancent avec difficulté. Chaque patient représente un défi individuel, et chacun mérite l'approche "quelles sont les incapacités," mais aussi "quelles sont les capacités?"

VI. SOURCES DE RÉFÉRENCE POUR LA PROFESSION

(a) Statistiques sur la main-d'oeuvre

Le Répertoire 1981 de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada dénombre 41 398 médecins et chirurgiens actifs oeuvrant dans les milieux de travail décrits à la Section I ci-dessus. Avant le milieu des années soixante, les femmes comptaient pour moins de 10 pour cent du total des médecins et chirurgiens, la plupart étant omnipraticiennes, pédiatres et gynécologues. Au cours de l'année scolaire 1978-79, plus de 30 pour cent des étudiants nouvellement diplômés était des femmes et elles se dirigeaient vers un bien plus grand nombre de spécialités. De nos jours, le nombre de femmes membres de l'Association médicale canadienne est toujours de l'ordre de 10 pour cent; 25 pour cent d'entre elles sont des femmes âgées de moins de 35 ans (Southam Communications, 1981).

(b) Associations professionnelles

I) Organismes administratifs aux niveaux national et provincial

- National

  Association médicale canadienne
  1867 Alta Vista Drive
  C.P. 8650
  Ottawa, Ontario
  K1G 0G8

- Succursales provinciales de l'Association médicale canadienne

  Chacune des provinces a sa propre succursale de l'Association médicale canadienne (AMC). Pour obtenir les noms et adresses, on peut s'adresser à l'AMC.

II) Organismes de réglementation professionnelle

- Organisme national de réglementation

  Conseil médical du Canada
  1867 Alta Vista Drive
  Ottawa, Ontario
  K1G 3H7

- Organismes provinciaux de réglementation (Secrétaire général):

  Dans chacune des provinces, il y a un organisme provincial de réglementation professionnelle sous la direction d'un secrétaire général. Pour obtenir les noms et adresses, on peut s'adresser au Conseil médical du Canada.

(c) Programmes de formation

Pour des renseignements concernant les programmes de formation médicale, adressez-vous au "Doyen, Faculté de médecine" des universités suivantes:

Université Memorial Saint-Jean, Terre-Neuve	Université Dalhousie Halifax, Nouvelle-Écosse
Université Laval Québec, Québec	Université de Sherbrooke Sherbrooke, Québec
Université McGill Montréal, Québec	Université de Montréal Montréal, Québec
Université d'Ottawa Ottawa, Ontario	Université Queen's Kingston, Ontario
Université de Toronto Toronto, Ontario	Université McMaster Hamilton, Ontario
Université Western Ontario London, Ontario	Université du Manitoba Winnipeg, Manitoba
Université de la Saskatchewan Saskatoon, Saskatchewan	Université de Calgary Calgary, Alberta
Université de l'Alberta Edmonton, Alberta	Université de la Colombie-Britannique Vancouver, Colombie-Britannique

Pour obtenir des renseignements concernant les programmes de spécialité, on peut s'adresser au:

Secrétaire honoraire
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
74 Stanley Drive
Ottawa, Ontario
K1M 1P4

(d) Pour obtenir un exemplaire du Code de déontologie de l'Association médicale canadienne, il faut adresser une demande écrite au secrétariat de l'AMC à l'adresse susmentionnée.

(e) Programmes d'éducation médicale continue

Pour obtenir des renseignements concernant les programmes d'éducation médicale continue, on peut s'adresser aux universités individuelles ou aux secrétariats des divisions de l'AMC.

SOURCES DE RÉFÉRENCE

COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA: Publication à l'occasion du 50e anniversaire. Sainte-Anne-de-Bellevue: Harpell's Cooperative Press, 1966

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 1979 et 1980

DUFF RS, CAMPBELL AGM: Moral and ethical dilemmas in the special-care nursery. New England Journal of Medicine 1973; 289: 890

HASLAM RHA: Rights of the defective infant. Bulletin d'information de la Société canadienne de pédiatrie - supplément 1979; Vol. X

PARKE-DAVIS: Great Moments in Medicine. Detroit: Northwood Institute Press, 1966

SAUNDERS WB: Ambulatory pediatrics. Toronto: Green and Haggerty, 1980

SOUTHAM COMMUNICATIONS LTD: Canadian Medical Directory. Don Mills: Southam Communications Ltd., 1981

Chapitre 4 SOINS INFIRMIERS*

Doreen Paddon

1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

(a) Introduction

Qui est l'infirmière? Que fait-elle? Les soins infirmiers sont-ils une profession, un apprentissage, un art, une science à part entière, ou un travail tout simplement? Quelles sont les tâches qui distinguent le travail d'une infirmière de celui des autres professionnels de la santé? De quelle façon collabore-t-elle avec la multiplicité de personnes impliquées dans les services de santé d'une communauté?

En chiffres bruts, les infirmières constituent le groupe le plus nombreux de la main-d'oeuvre sanitaire. Le Canada compte plus de 200 000 infirmières diplômées, et la demande en soins infirmiers ne cesse d'augmenter plus rapidement qu'on ne peut y répondre. Les infirmières comme les autres professionnels de la santé, offrent un service nécessaire à l'humanité, puisqu'on parle de pénurie malgré leur nombre impressionnant.

L'infirmière participe a tous les systèmes de soins de la santé, où qu'ils soient dans le monde. Les soins infirmiers impliquent l'aide aux individus qui sont en situation de réaction face à une atteinte, potentielle ou réelle, à leur état de santé normal. Les activités de l'infirmière impliquent la promotion de la santé, du confort physique et de la sécurité en cas de maladie; de la récupération de la santé et de l'autonomie suivant la maladie; ou d'une mort paisible. Dans les régions plus isolées, l'infirmière peut représenter tout le système en entier. On retrouve, partout dans le monde, des infirmières en administration, en recherche, en éducation, au sein d'équipes dans les hôpitaux, et comme praticiennes spécialistes et généralistes.

(b) Historique

Depuis les temps les plus reculés, motivés par l'amour, la compassion, le sens du devoir ou la nécessité, les humains prêtent assistance aux autres humains incapables de subvenir à leurs propres besoins. À cette époque, les premières "infirmières" sont les mères et les membres de la famille qui soignent les personnes ne pouvant subvenir à leurs propres besoins. Ces secours tiennent lieu de soins infirmiers, au sens large du terme, et au début, cela se passe chez soi, au sein de sa famille. Dans l'antiquité, les malades étaient placés dans la rue afin que les passants puissent leur offrir des conseils sur une cure possible.

---

* Réviseur de ce chapitre: Phyllis Craig, RN, MHSA, Directeur provincial, Soins infirmiers en Santé communautaire, Edmonton.

Les plus anciennes écritures mentionnant les soins aux malades remontent aux pictogrammes des tablettes d'argile de la Mésopotamie, datant d'environ 4000 ans av. J.-C., puis aux papyrus des Égyptiens. Ces documents parlent de dieux malveillants qu'on doit apaiser afin de prévenir la maladie et la mort. On croyait que la maladie était infligée en punition des péchés, et on cherchait la purification à l'extérieur du foyer, auprès du prêtre au temple. C'est ainsi que le temple devint un centre de soins médicaux et qu'apparut le prêtre-médecin. Les tablettes babyloniennes montrent les femmes aidant le prêtre-médecin à soigner le patient-pécheur dans l'infirmerie du temple.

C'est dans la Grèce antique que débute la pratique des soins en groupe, à l'extérieur du foyer. Lorsque les esclaves d'une grande valeur tombent malades loin de chez eux, on se rend compte qu'il est plus prudent de garder tous les esclaves malades ensemble dans une pièce et de charger d'autres esclaves de les garder en vie dans la mesure du possible. C'est moins onéreux que d'acheter d'autres esclaves pour les remplacer. D'autres "endroits pour les malades" sont fondés par de riches matrones romaines. L'une d'entre elles, Phoebe, une amie de Saint Paul, éprouve le besoin de témoigner aux malades un plus grand dévouement que ne le font les esclaves. Elle fonde les diaconesses, un groupe de femmes qui se consacrent à prodiguer des soins. Vers 650 ap. J.-C., "l'hôpital" original est devenu un hospice qui englobe l'asile, l'orphelinat et l'hôpital. C'est dans un hospice de ce genre que naît le premier groupe à se doter du nom d'ordre des infirmières: les religieuses augustiniennes de l'Hôtel-Dieu de Paris. Puis les soins aux malades se détériorent graduellement, la vie austère, monastique et assujettissante des soeurs étant en partie responsable. Chez les augustiniennes, il n'y a pas d'enseignement comme tel, on ne fait que transmettre la routine; aucune connaissance nouvelle, seulement une résistance rituelle et croissante face au changement; aucun repos ni répit, seulement un travail quotidien dur et exténuant avec le gîte et le couvert comme seule rémunération.

En France au dix-septième siècle, saint Vincent de Paul crée les Dames de Charité, un groupe laïc travaillant auprès des pauvres en milieu urbain. Ces "Dames" bénévoles deviennent les réputées Filles de la Charité lorsque saint Vincent offre pour la première fois l'enseignement et la formation aux infirmières oeuvrant dans les hospices qu'il a fondés. Cependant, ce n'est qu'en 1838 à Kaiserwerth en Allemagne, que débute la première école de formation pour infirmières organisée au sein d'un hôpital.

C'est dans cet établissement que Florence Nightingale se rend en 1851 dans le but d'apprendre les compétences permettant de soulager les malades et les vieillards. Nightingale est convaincue que les soins aux malades requièrent une formation fondée sur la connaissance. La tendresse, la sympathie, la bonté et la féminité ne suffisent pas. À cette époque, elle écrit: "On a maintes fois dit et écrit que toute femme peut être une bonne infirmière. Bien au contraire, je crois qu'on ignore presque tout des notions mêmes des soins infirmiers". (Nutting, 1907). Nightingale se propose de trouver le moyen de fournir les compétences qu'elle croit être essentielles aux soins infirmiers et de trouver des étudiantes qui sont en mesure d'apprendre et qui éprouvent l'idéalisme des diaconesses et des premiers ordres soignants. Mais les soins infirmiers n'attirent pas les "dames" bien éduquées qui ont de l'instruction. Lorsque Nightingale est mandatée pour conduire un contingent d'infirmières à la péninsule de Crimée en 1855, c'est avec grande difficulté qu'elle réussit à recruter 38 femmes suffisamment préparées et convenant à la tâche. Pourtant, c'est le retour en Angleterre de ces héroïnes de la guerre de Crimée qui constitue un tournant décisif dans l'avancement des soins infirmiers. Leur image auprès du public s'améliore et les soins infirmiers acquièrent une popularité en tant que vocation pour les femmes jouissant d'un certain rang social.

La formation en cours d'emploi des infirmières prend de l'ampleur vers le milieu du siècle présent. Avant d'être admise aux examens, les étudiantes infirmières travaillent pendant trois ans à raison de 50 semaines par année, cinq jours et demi par semaine, et 12 heures par jour. Les étudiantes infirmières effectuent la plupart des soins infirmiers et des tâches domestiques de leurs hôpitaux respectifs, tout en défrayant les coûts de leurs livres, de leurs uniformes et de tout objet qu'elles auraient pu briser. En retour, elles reçoivent un traitement de huit dollars par mois en moyenne. La lenteur du développement des soins infirmiers en tant que profession séparée est, selon la croyance populaire, imputable à deux raisons: l'utilisation du système de formation par apprentissage pour épargner de l'argent, et la position subalterne des soins infirmiers par rapport à l'Église en premier lieu, et ensuite par rapport aux médecins. Peut-être les infirmières seraient-elles parvenues plus tôt au statut professionnel, si l'enseignement des infirmières s'était poursuivi tel qu'envisagé par Florence Nightingale - dans une école fonctionnant indépendamment de la hiérarchie médicale et vouée à de solides principes d'enseignement (et pas seulement à la prestation des services). Ou encore, si les infirmières s'étaient dotées d'une direction forte et unifiée, et si la collaboration avait existé entre les groupes d'infirmières, l'acquisition du statut professionnel n'aurait pas chancelé et la profession infirmière aurait évolué autrement qu'en tant que profession si longtemps sujette à la direction des autres. L'avènement de l'assurance-maladie au Canada vient modifier le défaut fondamental du financement des programmes de formation pour les infirmières et les universités ou les collèges des systèmes d'enseignement sont devenus la méthode de formation privilégiée.

(c) Définition

"Les soins infirmiers consistent à évaluer et à améliorer l'état de santé général, de même que l'acquis et le potentiel de l'être humain au niveau de la santé". (Schioffeldt, 1981)

(d) Qualification professionnelle

De nos jours, l'infirmière diplômée est un membre extrêmement compétent de l'équipe de soins, sa profession exigeant qu'elle possède une sphère précise de connaissances, qu'elle réponde aux normes de la pratique infirmière, et qu'elle se conforme au code d'éthique.

La certification infirmière est accordée à l'étudiante qui termine le programme de formation d'un hôpital, d'un collège communautaire, ou d'une école de sciences infirmières en milieu universitaire, et qui est reçue aux examens afin de mettre ses connaissances à l'épreuve. Au Canada, les examens sont établis à l'échelle nationale par le service des examens de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Les différents grades ou diplômes disponibles sont le diplôme de base d'un collège ou d'un hôpital, le diplôme universitaire obtenu après ce diplôme de base, le baccalauréat, la maîtrise et le doctorat.

(e) Formation de base

L'obtention du diplôme ou du grade est le point culminant d'une période de deux à cinq ans de formation théorique et pratique en sciences infirmières générales, dont le but est d'amener l'infirmière à se connaître, à connaître le milieu dans lequel elle travaille et les autres personnes formant ce milieu, et à accroître ses aptitudes face à la santé et aux soins de la santé. En soins infirmiers, les décisions se fondent sur des déductions provenant de ces connaissances.

(f) Infirmières diplômées au Canada

En 1980, la main-d'oeuvre infirmière se chiffrait à 203 645 infirmières dont 155 178 exercent leur profession. Sur ce nombre, 132 272 détenaient un diplôme de base d'un collège ou d'un hôpital, 41 735 détenaient un diplôme universitaire qui suit le diplôme de base, 18 086 avaient un baccalauréat, et 1 246 avaient une maîtrise ou un diplôme d'un niveau plus avancé. Sur le nombre qui exercent leur profession, on comptait 3 272 hommes et 151 830 femmes. (Statistique Canada, 1981).

Chaque année, on voit diminuer le nombre de diplômés des programmes d'enseignement des hôpitaux. Les collèges et les hôpitaux n'offrent pas de diplômes suivant les cours de base. Seulement 10 universités canadiennes offrent un programme de formation en sciences infirmières au niveau de la maîtrise et aucune n'offre de formation en vue de l'obtention du doctorat.

En plus des programmes de formation en sciences infirmières, il existe des programmes dûment approuvés par les provinces et visant la formation de l'infirmière auxiliaire (aide-infirmière). Ces programmes sont offerts à l'intérieur de structures diverses.

(g) Certification infirmière

Une fois qu'elle a terminé le programme de formation et qu'elle a été reçue aux examens de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'infirmière doit obtenir le droit de pratiquer, en adhérant à l'association professionnelle ou à l'organisme dûment approuvé d'une province ou d'un territoire. Elle doit renouveler son adhésion et payer une cotisation annuellement. Chaque association ou organisme de certification est chargé de sanctionner les membres récalcitrants ou qui sont coupables de négligence professionnelle. Des accords de réciprocité existent entre tous les territoires et provinces.

Il existe deux importants organismes qui établissent les normes régissant les soins infirmiers au Canada: Il s'agit de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) représentant les plus de 200 000 infirmières canadiennes qui y adhèrent, et le Conseil international des infirmières et infirmiers (CIII) représentant les infirmières et infirmiers à l'échelle mondiale.

(h) Emploi

Une fois l'autorisation obtenue, l'infirmière peut se diriger vers plusieurs domaines de pratique clinique ou d'administration, y compris: les hôpitaux, les établissements d'enseignement, les centres d'accueil, les centres d'hygiène communautaire, les soins à domicile ou les organismes d'infirmières visiteuses, les bureaux de médecin, les cliniques, et l'industrie privée. L'infirmière autorisée peut aussi travailler à son propre compte, en tant que conseillère ou infirmière praticienne. En 1980, 114 230 infirmières (plus de 73 pour cent) étaient à l'emploi des hôpitaux, 8,5 pour cent travaillaient dans des centres d'hygiène communautaire. Soixante-deux pour cent de la totalité des infirmières travaillaient à temps plein, et 34 pour cent à temps partiel* (Statistique Canada, 1981a).

Il existe diverses possibilités d'exercer la profession infirmière à l'extérieur du Canada, par l'entremise d'organisations comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Nations Unies et d'autres organismes impliqués dans les services aux pays du tiers monde.

---

* 4% n'ont pas répondu à l'enquête.

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES PROPRES À LA PROFESSION INFIRMIÈRE

(a) Connaissances générales

La légitimité d'une profession est fonction du fait qu'elle possède une sphère discrète de connaissances uniques. Jusqu'à récemment, les soins infirmiers possédaient très peu de connaissances écrites, la documentation étant puisée dans les autres professions. Les principaux sujets comprenaient l'anatomie, la physiologie, la chimie, la bactériologie, la pharmacologie et d'autres sciences. Encore aujourd'hui, l'infirmière doit connaître les principes sous-tendant ces sciences de base. Mais, pour la profession, le sujet essentiel concerne l'application de ces principes aux soins infirmiers, à la théorie des sciences infirmières, et aux fonctions normales et pathologiques chez l'humain. La pratique des soins infirmiers touche des personnes de tous les âges, et s'implique dans tous les aspects de la santé. L'étudiante infirmière apprend à identifier le fonctionnement optimal du client, en état de maladie comme en état de santé d'une part, et les moyens de rétablir ou d'atteindre ce fonctionnement d'autre part.

La formation infirmière de base prépare l'infirmière autorisée pour le service général, et la majorité des soins infirmiers ou des soins de santé sont dispensés par la généraliste. Cependant, les recherches systématiques permettent d'élargir les bases de connaissances infirmières et augmentent les possibilités de formation spécialisée, et de programmes menant à l'obtention d'une maîtrise ou d'un doctorat.

(b) Connaissances spécialisées

Une fois la formation universitaire terminée, l'infirmière peut se spécialiser dans des domaines précis de phénomènes pathologiques ou de stages du développement. L'infirmière qui complète un programme post-universitaire porte généralement le titre de "infirmière clinique spécialisée" ou "infirmière praticienne". Les spécialités cliniques les plus courantes de ces programmes d'études supérieures ou post-universitaires sont: les soins infirmiers en médecine, en chirurgie, en gériatrie, en psychiatrie, en soins intensifs et en pédiatrie. En plus de se spécialiser dans des domaines relatifs à la maladie et au rétablissement, les infirmières sont aussi impliquées dans la promotion de la santé. Les fonctions de l'infirmière spécialisée œuvrant en santé communautaire, en milieu scolaire, en santé mentale, auprès des femmes enceintes (ou des familles), et auprès des enfants, comprennent l'enseignement au client, l'évaluation de l'état de santé et l'identification de facteurs à risques élevés, dans le but de favoriser une intervention précoce. L'objectif de l'infirmière spécialisée est de maximiser les connaissances sur la santé chez ses clients, afin de promouvoir et de maintenir un mode de fonctionnement optimal, tant chez l'individu que dans sa famille.

La spécialisation augmente à mesure que se multiplient les connaissances infirmières. Elle permet d'améliorer les stratégies infirmières et elle favorise la recherche essentielle dans ce domaine.

(f) Infirmières diplômées au Canada

En 1980, la main-d'oeuvre infirmière se chiffrait à 203 645 infirmières dont 155 178 exercent leur profession. Sur ce nombre, 132 272 détenaient un diplôme de base d'un collège ou d'un hôpital, 41 735 détenaient un diplôme universitaire qui suit le diplôme de base, 18 086 avaient un baccalauréat, et 1 246 avaient une maîtrise ou un diplôme d'un niveau plus avancé. Sur le nombre qui exercent leur profession, on comptait 3 272 hommes et 151 830 femmes. (Statistique Canada, 1981).

Chaque année, on voit diminuer le nombre de diplômés des programmes d'enseignement des hôpitaux. Les collèges et les hôpitaux n'offrent pas de diplômes suivant les cours de base. Seulement 10 universités canadiennes offrent un programme de formation en sciences infirmières au niveau de la maîtrise et aucune n'offre de formation en vue de l'obtention du doctorat.

En plus des programmes de formation en sciences infirmières, il existe des programmes dûment approuvés par les provinces et visant la formation de l'infirmière auxiliaire (aide-infirmière). Ces programmes sont offerts à l'intérieur de structures diverses.

(g) Certification infirmière

Une fois qu'elle a terminé le programme de formation et qu'elle a été reçue aux examens de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'infirmière doit obtenir le droit de pratiquer, en adhérant à l'association professionnelle ou à l'organisme dûment approuvé d'une province ou d'un territoire. Elle doit renouveler son adhésion et payer une cotisation annuellement. Chaque association ou organisme de certification est chargé de sanctionner les membres récalcitrants ou qui sont coupables de négligence professionnelle. Des accords de réciprocité existent entre tous les territoires et provinces.

Il existe deux importants organismes qui établissent les normes régissant les soins infirmiers au Canada: Il s'agit de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) représentant les plus de 200 000 infirmières canadiennes qui y adhèrent, et le Conseil international des infirmières et infirmiers (CIII) représentant les infirmières et infirmiers à l'échelle mondiale.

(h) Emploi

Une fois l'autorisation obtenue, l'infirmière peut se diriger vers plusieurs domaines de pratique clinique ou d'administration, y compris: les hôpitaux, les établissements d'enseignement, les centres d'accueil, les centres d'hygiène communautaire, les soins à domicile ou les organismes d'infirmières visiteuses, les bureaux de médecin, les cliniques, et l'industrie privée. L'infirmière autorisée peut aussi travailler à son propre compte, en tant que conseillère ou infirmière praticienne. En 1980, 114 230 infirmières (plus de 73 pour cent) étaient à l'emploi des hôpitaux, 8,5 pour cent travaillaient dans des centres d'hygiène communautaire. Soixante-deux pour cent de la totalité des infirmières travaillaient à temps plein, et 34 pour cent à temps partiel* (Statistique Canada, 1981a).

Il existe diverses possibilités d'exercer la profession infirmière à l'extérieur du Canada, par l'entremise d'organisations comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Nations Unies et d'autres organismes impliqués dans les services aux pays du tiers monde.

---

* 4% n'ont pas répondu à l'enquête.

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES PROPRES À LA PROFESSION INFIRMIÈRE

(a) Connaissances générales

La légitimité d'une profession est fonction du fait qu'elle possède une sphère discrète de connaissances uniques. Jusqu'à récemment, les soins infirmiers possédaient très peu de connaissances écrites, la documentation étant puisée dans les autres professions. Les principaux sujets comprenaient l'anatomie, la physiologie, la chimie, la bactériologie, la pharmacologie et d'autres sciences. Encore aujourd'hui, l'infirmière doit connaître les principes sous-tendant ces sciences de base. Mais, pour la profession, le sujet essentiel concerne l'application de ces principes aux soins infirmiers, à la théorie des sciences infirmières, et aux fonctions normales et pathologiques chez l'humain. La pratique des soins infirmiers touche des personnes de tous les âges, et s'implique dans tous les aspects de la santé. L'étudiante infirmière apprend à identifier le fonctionnement optimal du client, en état de maladie comme en état de santé d'une part, et les moyens de rétablir ou d'atteindre ce fonctionnement d'autre part.

La formation infirmière de base prépare l'infirmière autorisée pour le service général, et la majorité des soins infirmiers ou des soins de santé sont dispensés par la généraliste. Cependant, les recherches systématiques permettent d'élargir les bases de connaissances infirmières et augmentent les possibilités de formation spécialisée, et de programmes menant à l'obtention d'une maîtrise ou d'un doctorat.

(b) Connaissances spécialisées

Une fois la formation universitaire terminée, l'infirmière peut se spécialiser dans des domaines précis de phénomènes pathologiques ou de stages du développement. L'infirmière qui complète un programme post-universitaire porte généralement le titre de "infirmière clinique spécialisée" ou "infirmière praticienne". Les spécialités cliniques les plus courantes de ces programmes d'études supérieures ou post-universitaires sont: les soins infirmiers en médecine, en chirurgie, en gériatrie, en psychiatrie, en soins intensifs et en pédiatrie. En plus de se spécialiser dans des domaines relatifs à la maladie et au rétablissement, les infirmières sont aussi impliquées dans la promotion de la santé. Les fonctions de l'infirmière spécialisée oeuvrant en santé communautaire, en milieu scolaire, en santé mentale, auprès des femmes enceintes (ou des familles), et auprès des enfants, comprennent l'enseignement au client, l'évaluation de l'état de santé et l'identification de facteurs à risques élevés, dans le but de favoriser une intervention précoce. L'objectif de l'infirmière spécialisée est de maximiser les connaissances sur la santé chez ses clients, afin de promouvoir et de maintenir un mode de fonctionnement optimal, tant chez l'individu que dans sa famille.

La spécialisation augmente à mesure que se multiplient les connaissances infirmières. Elle permet d'améliorer les stratégies infirmières et elle favorise la recherche essentielle dans ce domaine.

(c) Recherche

La formation en milieu hospitalier ne fournissant pas les ressources nécessaires à l'exploration scientifique, ce n'est que récemment que la profession infirmière s'est intéressée à la recherche systématique. De nos jours, les infirmières chercheuses sont appelées à mettre à l'épreuve, à développer et à clarifier les connaissances de base en sciences infirmières. Un examen de l'historique et de la philosophie des sciences infirmières a permis de structurer les soins infirmiers en tant que profession, et de définir les limites et les horizons de cette profession.

Les données recueillies, analysées et développées forment les bases de connaissances pour les sciences infirmières appliquées et pour les spécialisations infirmières. À l'heure actuelle, la recherche permet aux infirmières d'influencer les soins offerts au consommateur. Par exemple, des études indiquent qu'après un accouchement, une femme peut très bien passer sa période de convalescence à la maison plutôt qu'à l'hôpital. Les recherches sur l'enseignement donné par l'infirmière en hygiène publique ont permis d'apporter des changements au mode de vie et, par la suite, d'éviter des hospitalisations coûteuses. En outre, les infirmières effectuent des recherches dans le but de mettre à l'épreuve les concepts et les théories proposés par d'autres sciences pures.

Il faut encourager les infirmières afin qu'elles trouvent le temps pour effectuer des recherches. Refuser d'effectuer des recherches et de se documenter quant aux effets de la pratique infirmière sur le bien-être des patients, c'est refuser à la profession la possibilité d'avancer vers des niveaux améliorés de compétence et de professionnalisme.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES PROPRES À LA PROFESSION INFIRMIÈRE

(a) Compétences générales

Les infirmières passent un plus grand nombre d'heures au chevet des patients que les autres membres de l'équipe soignante. Elles savent identifier ce qui est sain et reconnaître tout changement anormal qui survient. Elles possèdent les compétences pour observer et pour interpréter les observations. Elles savent appliquer les techniques infirmières dans le but de réaliser des objectifs conformes aux besoins des clients; elles cherchent et présentent des solutions de rechange; elles procèdent à une évaluation une fois l'objectif atteint et elles communiquent intimement puisqu'elles assurent des soins 24 heures sur 24. Une autre compétence particulière à l'infirmière est le plaidoyer en faveur des personnes qui reçoivent ses soins. Elle doit aussi avoir les compétences requises pour informer le patient sur l'utilisation efficace des ressources qui sont mises à sa disposition et qui lui permettront de subvenir à ses propres besoins.

(b) Méthodes cliniques

Il est recommandé que chaque organisme ou hôpital qui embauche des infirmières ait un manuel décrivant de façon détaillée les méthodes courantes de soins infirmiers. Il est impossible de présenter tous les procédés effectués par les infirmières dans le présent chapitre. Nous en avons sélectionné deux, qui sont représentatifs, dont un en milieu hospitalier et l'autre en milieu communautaire, et nous les présentons sous une forme généralisée.

(i) En milieu hospitalier, l'infirmière accomplit les tâches que le patient ne peut faire lui-même. En cas de maladie, un simple procédé comme les soins de la bouche est peut-être rendu impossible. Les fonctions de l'infirmière consistent à anticiper la nécessité de prodiguer ces soins, de choisir la méthode, de décider de la fréquence et du meilleur moment pour effectuer ces soins, de fournir des explications au patient et de le mettre en position, et de doucement effectuer le procédé.

(ii) En milieu communautaire, l'infirmière en hygiène publique qui effectue le dépistage de troubles visuels chez des enfants d'âge scolaire, doit sélectionner une technique de test reconnue, faire les tests, interpréter et enregistrer les résultats, aviser les parents et leur expliquer les résultats, faire les consultations qui s'imposent, et effectuer un contrôle pour s'assurer que l'enfant est réévalué dans un délai raisonnable.

(c) Spécialisation

Un grand nombre d'infirmières se dirigent vers des domaines spécialisés de soins, y compris: les services d'urgence, la salle d'opération, les services de pédiatrie et les services de soins intensifs.

L'infirmière spécialisée qui opte pour la pédiatrie, par exemple, élargit son champ de connaissances acquises dans la formation de base, par des études supplémentaires sur les soins pédiatriques. Ces études peuvent se limiter aux soins des enfants malades et/ou aux processus normaux de croissance et de développement chez l'enfant.

Les soins infirmiers communautaires consistent à soigner la santé de toute une communauté. Ils englobent les infirmières travaillant en hygiène publique, au sein d'organisme communautaires de santé mentale et d'infirmières visiteuses, en soins à domicile, dans les bureaux, dans les centres d'accueil, dans les écoles, et au sein de services de santé en milieu industriel ou en milieu de travail. Ce type de soins infirmiers est de nature préventive. D'autres infirmières spécialisées oeuvrant dans les cliniques sont appelées à soigner les gens à diverses périodes de la vie, allant de la périnatalité à la gériatrie. Certaines infirmières des domaines spécialisés ont terminé des cours post-universitaires et sont devenues, par exemple, des infirmières praticiennes en pédiatrie ou des infirmières praticiennes dans le Nord canadien.

IV. DROITS ET RESPONSABILITÉS

(a) Responsabilités

La prestation des services comporte des responsabilités onéreuses. L'obligation de répondre des actes infirmiers devant les associations d'infirmières et l'obligation de donner au patient les meilleurs soins possibles exigent un perfectionnement continuel des compétences, une mise à jour des connaissances, et un comportement conforme au code d'éthique. Il incombe à la profession infirmière d'anticiper les besoins de l'individu ou de la communauté en matière de soins infirmiers, et d'être prête à y répondre.

Les décisions que prend l'infirmière sont fondées sur des connaissances, des expériences et des compétences particulières aux sciences infirmières, et indépendantes des autres disciplines. Bien que la profession infirmière soit un domaine différent et bien défini, elle se pratique en étroite

collaboration avec la profession médicale. Les infirmières sont impliquées dans les décisions des autres, surtout les médecins. Cependant, chaque infirmière est tenue de demander conseil si, à la lumière des connaissances infirmières actuelles, l'acte requis est préjudiciable au client.

(b) Droit à l'autonomie

Le droit d'être seule à prendre des décisions propres aux soins infirmiers, en tant que praticienne compétente et sûre d'elle-même qui sera tenue responsable de ses actes, n'est pas accepté, même chez les infirmières. Certaines infirmières, comme les praticiennes en pédiatrie ou dans le Grand Nord par exemple, ont, aux yeux de la société, les compétences voulues pour exercer leur profession sans surveillance, mais en général le public est peu exposé à ce type de service infirmier.

Si les infirmières veulent acquérir le droit de prendre elles-mêmes les décisions relatives aux soins infirmiers, elles doivent s'efforcer de rendre leur profession plus indépendante et plus positive en s'appuyant sur les résultats des recherches et sur un professionnalisme accru. Si elles croient que chaque individu a droit aux meilleurs soins infirmiers possibles, elles doivent être disposées à n'accepter rien de moins.

(c) Consultations

En tant que membre d'une équipe de soins, l'infirmière travaille avec d'autres professionnels et techniciens de la santé. Il est possible qu'elle consulte une personne-ressource lorsqu'elle fait une évaluation des soins nécessaires au client. Par exemple, l'orthophoniste a les connaissances et les compétences requises pour modifier des modes de langage déficients chez un enfant d'âge préscolaire, l'infirmière ne les a pas.

L'infirmière en milieu hospitalier qui entend un patient récemment opéré au coeur se disputer avec son épouse venue lui rendre visite, sait que le travailleur social doit être consulté pour une évaluation du foyer avant que le patient n'obtienne son congé. L'infirmière en hygiène publique qui se rend compte qu'un enfant présente une tuméfaction à la tête et des symptômes de malaise, le dirige vers un médecin pour obtenir un diagnostic.

Il est parfois difficile pour les infirmières de demander des consultations. Les politiques de plusieurs organismes et hôpitaux interdisent au personnel infirmier d'adresser des patients aux infirmières d'organismes communautaires ou à d'autres travailleurs dans le domaine de la santé, sous prétexte que toutes les consultations doivent se faire par l'entremise du médecin responsable du patient. Puisqu'aucune discipline de la santé ne possède à elle seule la gamme de connaissances et de compétences uniques à l'ensemble du domaine de la santé, il semble qu'une approche interdisciplinaire soit préférable. En milieu hospitalier ou communautaire, la conférence de cas, impliquant tous les travailleurs de la santé chargés des soins d'un patient, représente une façon idéale de partager les opinions professionnelles. L'information fournie par chacun des membres est incorporée en un plan d'action visant le rétablissement d'un état de santé optimal chez le client. Chaque membre de l'équipe joue un rôle important dans la réussite du patient à recouvrir la santé.

Les suggestions concernant un service nécessaire au client (bien que provenant d'un membre de l'équipe) passent normalement le médecin de ce-dernier en tant que professionnel responsable du traitement de la maladie. En règle générale, le médecin accepte les suggestions et s'occupe de

faire la consultation. Il arrive parfois que le médecin ne soit pas d'accord avec la ligne de conduite suggérée pour le client. Si l'infirmière se trouve dans cette situation, et qu'elle est toujours d'avis que la ligne de conduite suggérée est dans les meilleurs intérêts du client, elle peut avoir recours à la direction de l'hôpital ou de l'organisme, ou possiblement à son association professionnelle. Un exemple hypothétique d'une telle situation serait le cas où l'infirmière qui accueille un enfant à la salle d'urgence observe des ecchymoses suspectes dans son dos. Elle suggère au médecin qu'il s'agit peut-être d'un enfant maltraité. Le médecin n'est pas d'accord et refuse de consulter l'équipe de traumatologie de l'hôpital qui s'intéresse aux enfants maltraités. La plupart des directeurs d'hôpitaux acceptent une politique voulant que l'infirmière fasse part de ses doutes aux autorités qui enquêteront sur la position du médecin et prendront les mesures qui s'imposent, dans l'intérêt de l'enfant.

V. EXPÉRIENCE SUBJECTIVE ET ATTENTES PROFESSIONNELLES

(a) Conflits

De nos jours, les impressions que les médecins et les infirmières ont les uns des autres semblent confuses. Certains médecins acceptent facilement la présence d'une infirmière en tant que partenaire égale sur l'équipe de soins; d'autres l'acceptent difficilement. D'autre part, les infirmières ne sont pas toutes prêtes à accepter l'idée d'imputabilité des gestes qu'elles posent. Plusieurs préfèrent que le médecin prenne toutes les décisions, y compris celles qui concernent les soins infirmiers. Les infirmières deviennent de plus en plus compétentes à mesure qu'augmentent leurs connaissances en matière de soins, et les soins devenant de plus en plus complexes, elles sont appelées tout comme les médecins à assumer un rôle élargi, associé à des techniques, des outils et des compétences améliorées.

Il est essentiel d'identifier et de collaborer au règlement des points conflictuels. Chaque profession possède sa sphère distincte de connaissances et de compétences. Les soins infirmiers ne sont pas de la médecine "subalterne". Il faut délimiter (et peut-être élargir) les frontières des sphères de compétence de ces professions, afin d'assurer un fonctionnement maximal du système canadien des services de santé.

(b) Questions en suspens

Peut-on rendre la prestation de services plus efficace? La hausse des coûts affecte tous les membres de l'équipe de soins et exige un effort unifié pour que les services essentiels soient accessibles, acceptables et abordables. Cette situation ne peut être réalisée sans la collaboration professionnelle. Les infirmières et les autres membres de l'équipe doivent continuer à fournir des données sur des méthodes de rechange applicables à la prestation des services - comme par exemple les soins à domicile et les centres communautaires de prévention. Il y a lieu d'améliorer un système où, par exemple, un quadraplégique jouissant d'un appui solide dans son milieu familial ne peut vivre à la maison, parce que son état nécessite les services d'un infirmier une fois par jour, pendant une demi-heure.

Un autre sujet de discussion concerne le plaidoyer. C'est un devoir professionnel que de faire des pressions pour empêcher que les plus vulnérables ne soient sacrifiés aux voix plus puissantes qui réclament des services à l'excès. Les enfants (en particulier les nourrissons) ne peuvent parler dans leur propre intérêt, pas plus que les malades et les personnes âgées. L'infirmière

doit continuer à préconiser des meilleurs services de traitement, des secours en cas de négligence et de cruauté, des périodes d'attente moins longues, et une plus grande accessibilité aux services.

Dans un exposé présenté à l'examen du commissaire spécial Hall, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada évoque un point de vue infirmier qui semble logique aux yeux du commissaire spécial. Les infirmières disent qu'elles ont un rôle important à jouer dans la prévention des maladies. De plus, elles sont d'avis qu'elles doivent avoir un accès direct aux clients qui désirent obtenir leurs services. Par exemple, les praticiennes en pédiatrie revendiquent le droit de mettre en oeuvre des programmes préventifs, y compris l'évaluation de l'état de santé des enfants. Moyennant l'utilisation d'instruments et de techniques acceptées, et de consultations auprès des ressources appropriées pour les patients qui exigent une évaluation dépassant les compétences infirmières, les infirmières seraient-elles autorisées à poser leur enseigne? Ou, une fois l'enseigne posée, les clients viendraient-ils? Les médecins dirigeraient-ils des patients vers l'infirmière praticienne? L'infirmière serait-elle remboursée par les régimes d'assurance-maladie? L'expérience nous a démontré qu'il est difficile, voir impossible, pour l'infirmière nord-américaine de s'établir en pratique privée, non affiliée à la médecine. Même dans les régions isolées, où la profession infirmière est responsable de la quasi-totalité de l'organisation sanitaire d'une communauté donnée, l'ensemble doit être sanctionné par surveillance médicale. Il est temps que les infirmières affirment qu'en tant que professionnelles de la santé, et en se fondant sur les compétences et les connaissances infirmières, elles peuvent aider les clients à prendre des décisions relatives à leur santé, au même titre que les dentistes et les médecins.

La question de la pénurie d'infirmières au Canada doit être abordée dans les plus brefs délais possibles! Les statistiques démontrent qu'environ 48 000 infirmières diplômées n'exercent pas leur profession. Les longues heures, les tâches désagréables, la rémunération insuffisante (salaires inférieurs à ceux des serveuses de restaurant), et le travail en rotation ne sont pas considérés sous le même angle qu'au temps des diaconesses d'autrefois. De nos jours, le marché du travail offre de nouveaux débouchés intéressants se disputant les services des jeunes femmes.

Les conventions collectives constituent un autre sujet épineux. Autrefois, la grosse question était de savoir si les infirmières devaient négocier pour obtenir de meilleures conditions de travail. Aujourd'hui la question est la suivante: qui doit négocier au nom des infirmières - les syndicats ou les associations professionnelles des infirmières? Il appert que celles qui choisissent les soins infirmiers avec l'objectif premier d'aider les autres, préfèrent s'affilier à un groupe professionnel. Celles qui considèrent la profession infirmière comme un gagne-pain rentable préfèrent la syndicalisation. (Denton, 1976).

Suivre les progrès de la technologie constitue un défi continuel. Il y a quelques années, l'infirmière regardait pendant que le médecin examinait les oreilles d'un patient à l'aide d'un otoscope. Aujourd'hui, l'infirmière est responsable, 24 heures sur 24, des soins de patients qui sont gardés en vie au moyen de machines complexes. Dans le but d'aider les infirmières à relever ce défi, les infirmières responsables de l'enseignement infirmier développent d'autres méthodes d'enseignement. On y inclut des concepts comme les processus décisionnels, la récupération des données et des ressources, la planification, et la délégation des tâches. Bien que ce type de préparation ne permette pas à l'infirmière d'être immédiatement une praticienne accomplie dès qu'elle termine sa formation, il lui apprend à affronter ces situations. La préparation des infirmières reste toujours une question à débattre pour les nombreuses personnes qui aimeraient encore voir l'infirmière apprendre en répétant un procédé jusqu'à ce qu'elle l'ait maîtrisé avant de passer à une nouvelle tâche.

(c) Opinions personnelles

Pour les personnes qui désirent élargir leurs horizons, la profession infirmière fournit des défis minute par minute. Les connaissances rattachées au calibrage d'un tube sur un appareil qui tient une personne en vie sont vitales. Il en va de même pour les connaissances reliées à l'immense domaine de la communication interpersonnelle. Comment assurer l'intimité d'une dame célibataire âgée et lui éviter tout embarras quand, depuis l'âge de cinq ans, elle n'a pas eu l'occasion ni le désir d'avoir de l'aide pour se baigner? Il est essentiel que la personne qui aspire à une carrière infirmière réussie, sache relever chaque nouveau défi avec flexibilité.

Dans les grands centres de santé (comme les hôpitaux et les organismes d'hygiène publique), l'administration infirmière représente un défi évident et une source de pouvoir et de situations passionnantes et dramatiques. L'infirmière qui occupe un poste de direction doit faire preuve de dévouement, de force émotive et d'endurance physique, et posséder des qualités de leadership. Les grandes femmes de l'histoire infirmière étaient de cette trempe. Souvent, elles se retrouvaient seules. De nos jours, les dirigeantes infirmières doivent, plus que jamais, être fortes et unir leurs efforts afin de sauvegarder la voix cruciale des infirmières dans les services de santé destinés au public.

(d) Conclusion

La profession d'infirmière est une expérience riche et gratifiante, tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. De plus, c'est une profession qui permet la variété dans l'orientation de sa carrière, de même que la satisfaction et la croissance personnelles. Les soins infirmiers impliquent de "modestes" compensations. Lors de votre tournée en soirée, vous reconnaissez la peur dans les sautes d'humeur et la colère d'un jeune homme de 24 ans en phase terminale; vous parlez de la mort et vous pleurez ensemble, puis il repose calmement sans exiger l'attention qu'il avait demandé les soirs précédents. Une satisfaction "immense" peut procéder des pressions que vous faites pour obtenir une meilleure prise en charge des cas d'enfants maltraités, ou de pouvoir assister à la mise en oeuvre et à l'expansion d'un programme gériatrique que vous avez planifié dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées d'une communauté.

La profession infirmière présente des horizons illimités pour la croissance, l'expansion des rôles, le partage des connaissances par le biais de la recherche et l'épanouissement professionnel. Par-dessus tout, elle offre comme les autres professions soignants l'occasion de fournir des soins qui sont directs, continus et orientés vers le client. De plus, elle comporte un mandat de promotion de la santé et de reconnaissance du client/patient en tant qu'individu à part entière, avec ses besoins et ses préoccupations que l'infirmière peut aider à soulager.

DENTON JA: Attitudes toward alternative models of unions and professional associations. Nursing Research, 1976, 25:3, 178-180

DOLAN JA: History of Nursing 12th Edition. Toronto: W.B. Saunders, 1968

FREEMAN R: The nurse specialist: cure or copout? Journal of Nursing Administration, Janvier-février, 1972; 9

MARTIN HP: The Abused Child. Cambridge, Mass: Ballinger Publishing 38

NEWMAN M: Nursing theoretical evolution. Proceedings of Conference on Social Evolution. New York: N.Y. Univ., 1972

NUTTING AM: A History of Nursing. New York: Putnams, 1907

SCHOLTFELDT R: This I believe.. nursing is health care. Nursing Outlook, 1972; 20:4, 245-6

STANLEY AT: Curriculum considerations. Ethics in Nursing Practice and Education. American Nursing Association: Committee on Ethics, 1980

WILLIAMSON JA: A model of nursing practice. Nursing Outlook, Février 1981, 105

Alberta Association of Registered Nurses: AARN Newsletter, avril 1981

American Nurses Association: Nursing: a social policy statement. (tel que rapporté dans le American Journal of Nursing) Kansas City, février 1981, 263

Association des infirmières et infirmiers du Canada: Mémoire soumis à la Commission d'enquête sur les congés d'études et la productivité. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1979

STATISTIQUE CANADA: Séries révisées de données sur les infirmières autorisées. Ottawa: Statistique Canada. 1981

Sharon Brintnell et Karen Goldenberg

1. DONNÉES HISTORIQUES ET MILIEUX DE TRAVAIL

(a) Historique

Les débuts de l'ergothérapie au Canada découlent de la nécessité d'offrir des activités de convalescence et une formation professionnelle aux soldats revenus de la première guerre mondiale. L'Université de Toronto organise un stage de courte durée pour les "ward aides", le nom donné aux ergothérapeutes canadien(ne)s. Une fois leur programme complété, plusieurs de ces diplômé(e)s oeuvrent auprès des soldats invalides dans les hôpitaux militaires de l'Ontario et dans des hôpitaux fonctionnant sous les auspices du Department of Soldiers' Civil Re-Establishment (DSCR). D'autres aides retournent travailler dans leur province natale.

Après la Première Guerre mondiale, le nombre de patients militaires décroît et certain(e)s aides entrent dans le domaine hospitalier général. En 1919, on ouvre un département d'ergothérapie à l'Hôpital Général de Toronto. C'est le premier département du genre dans un hôpital civil canadien. En 1921, la Canadian Society of Occupational Therapy of Manitoba et la Ontario Society of Occupational Therapy sont créées. L'ergothérapie poursuit son évolution avec l'instauration d'ateliers curatifs dans plusieurs provinces, puis on ne tarde pas à constater la nécessité de développer un programme de formation plus officiel.

Les concepts holistiques ont toujours été une composante fondamentale des débuts de l'ergothérapie. Les premiers documents identifient l'esprit et le corps comme étant les éléments d'interaction des activités thérapeutiques offertes aux soldats (Trent, 1919; Haultain, 1945). Cette philosophie fondamentale se traduit graphiquement par un insigne de forme triangulaire conçu pour les aides et significatif en ce sens que cette forme triangulaire "représente l'esprit, le corps et l'âme. Le poing fermé - tenant un marteau et reposant sur une barre - exprime la dignité du travail. À l'arrière-plan, on voit le soleil levant - le tout étant une représentation emblématique de la dignité du travail qui éclaire l'esprit, le corps et l'âme - c'est, généralement parlant, le principe professionnel non seulement des aides mais de tout notre travail". (Trent, 1919, p.3).

Cet énoncé démontre qu'au Canada l'ergothérapie commence par une approche holistique couramment associée à l'exercice actuel de la profession. L'activité est "un moyen pour arriver à une fin, un lien avec la ré-éducation industrielle future" (Varsity, 1918; Mental Hygiene Bulletin, 1921). Il est évident que l'utilisation d'activités dans les milieux psychiatriques du 19e siècle a influencé le développement de l'ergothérapie, mais dès ses débuts au Canada, la profession dépasse la notion de la diversion mentale en tant que moyen de contrôler le comportement; elle considère le travail comme un moyen de parvenir à la santé.

---

* Réviseurs de ce chapitre: Professeur Thelma Cardwell, OT(C), Directeur suppléant, Division de l'ergothérapie, Université de Toronto; Isobel Robinson, LL D (Hon) OT (C), Professeur émérite, Université de Toronto; Seanne Wilkins, OT (C) Directeur, Rehabilitation Services, Humber Memorial Hospital, Toronto.

(b) Programmes d'enseignement

En 1926, le sénat de l'Université de Toronto permet la mise sur pied, au sein du département d'éducation permanente, d'un cours de deux ans menant au diplôme en ergothérapie. Le programme se poursuit jusqu'en 1946, alors qu'il est transformé en un programme de trois ans menant au diplôme. En 1950, suite aux pressions venant de la profession médicale, les programmes de formation en ergothérapie et en physiothérapie de l'Université de Toronto sont réunis afin de former des thérapeutes ayant un diplôme en physiothérapie et en ergothérapie. C'est à ce moment que le programme est transféré à la faculté de médecine.

De nos jours, dix universités agrémentées par l'ACE offrent un programme de baccalauréat à l'échelle du pays. L'agrément est acquis selon un processus rigoureux qui exige une documentation détaillée sur les programmes et une visite sur place. Les cours doivent inclure les sciences biomédicales, comportementales et sociales de même que l'utilisation de tâches et d'activités adaptées au développement pour les évaluations et les interventions. Pendant toute la durée du programme, on insiste sur le rôle du thérapeute en tant qu'agent actif de changement.

L'orientation des cours professionnels reflète les deux principaux domaines du service d'ergothérapie: la fonction physique et la santé mentale. À l'intérieur de ces domaines, on insiste sur l'application de l'ergothérapie pendant toute la durée de la vie. À l'obtention du diplôme, les étudiants sont en mesure de fonctionner en tant que généralistes compétents, et ce, avec tous les groupes d'âges dans une diversité de milieux de travail.

De plus, le programme exige un minimum de 1 200 heures de travail sur le terrain dans des installations approuvées ou accréditées par l'ACE; c'est-à-dire, le milieu hospitalier traditionnel, le milieu des soins prolongés, le milieu communautaire, ou des programmes spéciaux offerts à l'intérieur d'un modèle pédagogique. Un équilibre doit être maintenu entre les heures consacrées à la médecine physique et les heures consacrées à la santé mentale. Des stages sont offerts à l'échelle du pays; l'étudiant a le choix de rester dans sa propre région géographique, ou bien il peut demander de faire un stage dans une autre province.

Aujourd'hui, le grade de baccalauréat permet au thérapeute de suivre un déroulement naturel de formation pédagogique, ce qui auparavant était très difficile pour la personne obtenant un diplôme. Bien que le Canada n'ait pas encore de programme de maîtrise en ergothérapie en soi (une proposition fait actuellement l'objet d'examens), plusieurs thérapeutes suivent un programme de maîtrise dans un domaine connexe; et d'autres, un programme de doctorat. Voilà, pour sûr, un développement positif, mais qui comporte le risque que ces thérapeutes ne reviennent pas dans leur domaine original une fois le nouveau diplôme acquis.

(c) Milieux de travail

Les ergothérapeutes recherchent un emploi dans une diversité de milieux. Bien sûr, on retrouve encore la majorité des ergothérapeutes dans le milieu traditionnel des services de santé comme l'hôpital de soins aigus, le centre de réadaptation, le centre de soins prolongés et l'hôpital auxiliaire.

De plus, les ergothérapeutes travaillent dans les grands centres hospitalo-universitaires où il y a possibilité de soigner tout un éventail de cas. L'établissement de programmes correctifs d'ergothérapie en neurologie, en orthopédie, en rhumatologie et en réadaptation aiguë, et visant tous les groupes d'âge, pose les bases des spécialisations à venir. La possibilité de participer

à une équipe de soins améliore les aptitudes au niveau des communications interprofessionnelles et maximise la collaboration de la part des employés de postes supérieurs, de même que les ressources chez les autres professionnels de la santé.

De plus, les centres de réadaptation et les services en milieu hospitalier ou communautaire offrent des programmes intensifs pour répondre aux besoins des clients en matière de traitements correctifs, d'adaptation à l'environnement et d'entretien personnel. Les services de soins prolongés et les hôpitaux auxiliaires offrent certains programmes correctifs mais ils se concentrent sur l'entretien personnel - c'est-à-dire que le client doit, de temps en temps, faire usage de ses habiletés à leur niveau actuel afin de prévenir une plus grande perte ou détérioration des activités relatives aux soins personnels.

On trouve aussi des programmes de développement dans le milieu scolaire et, fréquemment, dans les services communautaires. Les thérapeutes communautaires travaillent souvent comme employés salariés d'organismes sans but lucratif, ou sur une base contractuelle dans un modèle de pratique privée. Ce dernier est financé par des subventions ou par des programmes gouvernementaux spécifiques offerts à des groupes qui ont des besoins spéciaux. Ces programmes impliquent l'évaluation des activités de la vie quotidienne, l'apprentissage de la socialisation et de l'exécution des tâches matérielles, et l'évaluation des aptitudes préprofessionnelles et professionnelles. Nous reparlerons de ces programmes dans la Section 3C, sous la rubrique Spécialisation.

Dans le système scolaire, des services de consultation sont offerts aux professeurs et des programmes correctifs aux enfants atteints de déficiences sensori-motrices. Le rôle de l'ergothérapeute en milieu industriel est d'offrir des programmes de prévention dans le but de réduire les risques des métiers et de donner des consultations sur la façon d'adapter l'environnement pour le rendre accessible à l'employé handicapé.

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES PROPRES À LA PROFESSION

(a) Matières de base

Tous les programmes accrédités de formation en ergothérapie offrent des cours dans les sciences médicales, les sciences comportementales et sociales, de même que des stages de formation pratique. Les cours qui ne font pas partie du domaine professionnel sont habituellement suivis sur le campus, en compagnie d'autres étudiants universitaires; ils sont donnés par des spécialistes. Ensuite, les théories et concepts de ces cours sont intégrés aux cours d'ergothérapie.

L'utilisation d'activités dirigées et la connaissance de l'analyse des activités sont essentielles aux interventions utilisées pour développer les capacités occupationnelles. On insiste sur le processus d'ergothérapie dans le but de renforcer les principes de base d'évaluation initiale, de planification, de mise en oeuvre et de terminaison des interventions. (Cynkin, 1979).

(b) Matières spécialisées

L'essentiel des matières spécialisées en ergothérapie porte sur l'utilisation d'activités qui intéressent le client, et d'activités qui amélioreront ses aptitudes à accomplir des tâches correspondant à son état de santé et à ses ressources. Le souci des capacités occupationnelles et la syn-

thèse des connaissances au niveau de la biologie, du comportement et des sciences sociales offrent une orientation unique dans le domaine de la santé.

On étudie l'impact des processus pathologiques, le stress et la santé mentale et physique, de même que les mécanismes d'adaptation au niveau du fonctionnement. On explore les liens qui existent entre le corps et l'esprit afin que le thérapeute apprenne à sélectionner les moyens et méthodes propres à réaliser les objectifs thérapeutiques, tout en tenant compte des théories approuvées.

(c) Données sur la recherche

Historiquement, la recherche en ergothérapie provient surtout d'efforts de collaboration entre l'ergothérapeute et les autres membres de l'équipe soignante. La situation tend à changer de nos jours car un nombre croissant d'ergothérapeutes assument le rôle de chercheur principal. Certaines de leurs études ont été publiées dans la Revue canadienne d'ergothérapie (RCE).

Dans une perspective plus large, l'essentiel des travaux empiriques de recherche en ergothérapie provient de la masse des ergothérapeutes aux États-Unis. On s'est beaucoup intéressé aux neurothérapies, y compris les approches sensori-motrices. Les travaux de A. Jean Ayres, axés sur le dysfonctionnement sensori-intégratif, ont sûrement reçu la plus grande part d'attention. Ses recherches ont contribué au développement de la batterie de tests normalisés connue sous le nom de Southern California Sensory Integration Tests (SCSIT). D'autres chercheurs ont maintenant élargi les premiers travaux de Ayres pour y inclure, en plus de l'enfant atteint de problèmes d'apprentissage (sujet de sa thèse originale) d'autres populations: adultes et enfants (Yerxa, 1978).

Une révision de la documentation sur la recherche démontre bien l'influence des autres professions. La psychologie, la sociologie, les sciences médicales, toutes ont contribué à améliorer les approches ergothérapeutiques et à développer des modèles et des structures conceptuelles propres à la profession. Les premiers travaux de Reilly et de Mosey ont probablement été reliés le plus souvent aux sciences médicales (Reilly, 1962, 1969; Mosey, 1974, 1980). Certes, la recherche en ergothérapie a pu bénéficier des travaux accomplis dans les sciences comportementales et médicales; mais comparée aux recherches effectuées dans les autres disciplines, elle en est encore à ses débuts.

Les écoles d'études supérieures étant maintenant plus accessibles aux ergothérapeutes canadiens, on peut s'attendre que les travaux de recherche augmenteront progressivement. Il est à espérer que les thérapeutes qui laisseront la pratique en vue d'obtenir un certificat d'études supérieures reviendront dans le domaine et utiliseront leurs nouvelles aptitudes à la recherche, pour augmenter la sphère de connaissances propres à l'ergothérapie. Bien que la demande pour des recherches plus rigoureuses remonte aux premiers numéros de la Revue canadienne d'ergothérapie, ce n'est qu'au cours des années quatre-vingt que ce voeu deviendra vraisemblablement une réalité.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES

L'ergothérapie utilise une orientation holistique et la participation dirigée à diverses activités pour évaluer et traiter les capacités occupationnelles, ce qui exige l'intégration de toutes les sphères de connaissance afin d'augmenter la capacité fonctionnelle du client. On apprend à effectuer les évaluations fonctionnelles en étudiant les activités ordinaires de la vie quotidienne

qu'on accomplit de façon si routinière (s'habiller, faire son lit, prendre une douche, dactylographier, prendre l'autobus). Les exigences des tâches sont analysées en fonction de leurs implications physiques, mentales, sociales et symboliques. La relation thérapeutique est essentiellement fondée sur la compréhension de l'utilisation du moi: c'est-à-dire l'utilisation consciente du thérapeute en tant qu'agent de changement. C'est un puissant facteur du processus ergothérapeutique. La réaction personnelle du thérapeute face au client peut influencer la direction que prendra sa progression.

Le but ultime du thérapeute est d'établir un équilibre approprié entre les périodes de temps que le client consacre aux activités des soins personnels, du travail et des loisirs. Bien que les aptitudes au niveau de l'observation clinique, de la résolution des problèmes et de l'analyse des activités soit une composante essentielle de l'efficacité du thérapeute, on ne peut les considérer hors du contexte dans lequel elles sont appliquées - c'est-à-dire sans tenir compte des clients qui les reçoivent et des problèmes précis visés par l'ergothérapie. Par conséquent, c'est l'approche ergothérapeutique qui est unique plutôt que des compétences spécifiques. (Cynkin, 1979; Mosey, 1980).

(a) Méthodes d'évaluation

L'évaluation des capacités occupationnelles comprend trois domaines importants: les activités relatives aux soins personnels, la productivité ou le travail, et les loisirs. Ces domaines sont évalués en fonction de l'âge et de l'état de santé du client, de son rôle dans la société et des exigences de son environnement.

En premier lieu, les clients sont examinés afin de déterminer si les services d'ergothérapie sont recommandés. Une fois l'évaluation terminée, l'habileté résiduelle et le dysfonctionnement ayant été définis, les clients sont soit évalués de façon plus détaillée, soit dirigés vers une autre discipline.

Le client accepté est soumis à une évaluation détaillée des facteurs de performance: les facteurs de motricité, d'intégration sensorielle, de cognition, de psychologie et d'interaction sociale. Il est essentiel que le thérapeute comprenne l'interaction de ces facteurs de performance et leur impact global sur les capacités fonctionnelles. Bien que certaines techniques d'évaluation soient équivalentes à celles d'autres professions, le domaine de l'ergothérapie s'intéresse surtout à l'utilisation des tâches requises du client pour vivre une vie normale, et à l'impact des déficiences sur la performance.

Bref, l'évaluation motrice et sensorielle comprend des tests portant sur la tonicité et la force musculaires, la douleur, l'amplitude des mouvements, le niveau de coordination et de dextérité, la sensibilité, et la dominance, la tolérance physique et l'endurance en cours d'activités. Le développement neural en motricité, l'orientation spatio-temporelle, la stereognosie, et les fonctions sensori-intégratives font aussi partie de l'évaluation.

On évalue les fonctions mentales comme l'intellect, le jugement, l'orientation et la mémoire, le temps d'attention, la concentration, l'organisation et la capacité à suivre une tâche. On évalue aussi la capacité du client à s'adapter au changement, l'image qu'il se fait de lui-même et sa perception des autres, et sa façon de communiquer avec l'environnement humain et non humain. Cette évaluation comprend aussi l'utilisation des mécanismes de défense, le niveau d'activité, et la capacité à contrôler les impulsions pendant la performance.

L'évaluation ergothérapeutique comprend aussi un examen du niveau de socialisation. On procède aussi à l'appréciation des capacités à communiquer, de l'utilisation du langage, et de la compréhension verbale et écrite, dans une diversité de milieux et de situations.

Tous ces domaines sont vérifiés, et l'on prépare un synopsis du fonctionnement du client au jour le jour, dans le milieu clinique et dans le milieu familial vraisemblable. Ce synopsis est planifié de façon à donner une idée de la performance du client dans l'accomplissement de diverses tâches (soins personnels, activités de loisir et de travail), et à évaluer la durée de chaque tâche en fonction du mode de vie du client. Il se peut que les habiletés spécifiques ne soient pas déficientes en elles-mêmes mais certains individus (par exemple, les bourreaux de travail) peuvent difficilement limiter le temps qu'ils consacrent à un domaine en particulier.

(b) Méthodes cliniques

Une fois qu'on a établi les objectifs du traitement, il faut sélectionner les activités et/ou moyens appropriés, et mettre en oeuvre les modalités du traitement. L'objectif des stratégies d'intervention est de structurer le milieu d'apprentissage au moyen d'activités spécialement sélectionnées pour améliorer la performance professionnelle du client, de même que ses réactions d'adaptation face aux exigences de la vie. Ici, le client et l'ergothérapeute partagent les expériences et, à l'aide d'observations directes et d'interactions, des changements peuvent être apportés à la performance et aux mécanismes d'adaptation du client. Tout au long du traitement, le client est tenu au courant de sa performance.

Divers systèmes conceptuels de référence servent à la planification des programmes. Les programmes peuvent être conçus pour répondre aux objectifs au niveau du comportement, en utilisant une approche qui tient compte des contingences; ou ils peuvent être effectués dans un cadre psycho-dynamique. L'approche neurothérapeutique peut être utilisée pour faciliter la récupération fonctionnelle; certaines activités qui fournissent une information sensorielle précise peuvent contribuer à l'organisation des données sensorielles. On insiste ensuite sur les modes de fonctionnement qui favoriseront le comportement d'adaptation voulu, en présence des stimuli appropriés.

D'autres modes de traitement impliquent le développement d'habiletés spécifiques qui sont nécessaires pour l'administration domestique (par exemple, la préparation des repas); pour les besoins personnels (par exemple, se nourrir et s'habiller); ou pour organiser une tâche et l'effectuer. Le développement de ces capacités peut être un prérequis pour le retour à la maison ou pour un travail où s'exerce la compétition. Dans certains cas, ces capacités n'ont jamais été apprises; dans d'autres, elles sont disparues suite à une maladie ou un traumatisme.

Dans bien des cas, il est préférable d'effectuer le programme thérapeutique au domicile du client ou dans son milieu de travail, ce qui donne au thérapeute l'occasion de connaître les variables d'interaction qui affectent la performance du client. On peut essayer diverses solutions pour régler les difficultés et choisir la ligne de conduite qui semble la plus appropriée.

L'ergothérapie fournit le lien essentiel entre le milieu de traitement habituel de l'hôpital ou de la clinique, et les exigences non structurées du milieu naturel du client. L'ergothérapie permet et encourage la pratique de nouveaux comportements dans un climat favorable. Idéalement, tous les traitements donnés aux patients hospitalisés devraient comprendre une composante post-cure: des soins donnés soit par l'institution elle-même ou par un organisme communautaire. De cette façon, le patient réintègre la communauté plus facilement. Tout au long du processus ergothérapeutique, on continue d'insister sur une activité et un travail dirigés.

(c) Spécialisation

Les thérapeutes concentrent souvent leurs intérêts sur une période importante du développement (enfance, adolescence, jeune adulte, adulte, âge avancé), se donnant ainsi un cadre naturel pour considérer la spécialisation. En plus de ce continuum, il y a la préférence pour les cas de dysfonctionnement psycho-social ou les cas de handicaps physiques. L'évaluation et la planification du programme sont axées sur les connaissances du thérapeute au niveau des activités précises du développement en rapport avec les différents groupes d'âge. Les périodes de développement sont présentées ci-dessous, et chacune décrit certaines tâches spécialisées d'ergothérapie qui lui sont propres.

IV. DROITS ET RESPONSABILITÉS

(a) Autonomie

Une des questions fondamentales de l'autonomie professionnelle est de savoir qui décidera de la nécessité d'offrir un traitement d'ergothérapie au client. En abordant cette question, il faut tenir compte de la diversité des milieux dans lesquels oeuvrent les ergothérapeutes. L'accès aux services est peut-être déterminé par les programmes offerts; néanmoins, la profession est d'avis qu'en dernière analyse l'ergothérapeute doit évaluer la pertinence de la consultation.

L'ergothérapie vise continuellement la réglementation de la profession par des lois ou des indicateurs de certification lui reconnaissant une autonomie sociale légitime (Purtillo et Cassels, 1981). Plusieurs gouvernements provinciaux hésitent lorsqu'il s'agit d'augmenter le nombre des professions du domaine de la santé ayant leur propre réglementation, ou de leur confier la certification. Par souci pour la protection du public, la plupart des corporations provinciales d'ergothérapie fonctionnent à l'intérieur de structures qui sont parallèles à la "légitimité". Elles offrent le perfectionnement professionnel, elles établissent des directives pour l'enseignement et la pratique, elles rédigent des énoncés de politique sur des questions d'intérêt professionnel, et elles offrent un service de ressources à la collectivité.

(b) Système de consultation

C'est en tant que patient, c'est-à-dire sous les soins d'un médecin, que l'individu accède le plus souvent à l'ergothérapie. L'ergothérapie n'ayant pas de désignation officielle dans les divers systèmes d'assurance-maladie des provinces, le service doit être offert dans le cadre des soins médicaux directs ou des services externes. Dans la plupart des services d'ergothérapie, la consultation médicale est de rigueur, bien que certains centres reçoivent des consultations venant d'autres professions de la santé. Cependant, la principale source de consultations est encore le médecin.

Bien que l'ergothérapeute travaille sous la direction du médecin, la profession n'est pas normative. Certaines consultations peuvent exiger des services spécifiques comme la pose d'une attelle, ou une évaluation des activités quotidiennes. Une fois l'évaluation terminée, l'ergothérapeute peut communiquer avec le médecin qui consulte et suggérer une autre attelle ou une évaluation modifiée. Certains programmes ont une politique globale couvrant toutes les consultations; tous les patients sont triés, et ceux pour qui l'ergothérapie s'impose font l'objet

d'une évaluation initiale. Les personnes qui ne bénéficieraient pas des services ergothérapeutiques disponibles sont dirigés vers d'autres services.

Dans le milieu communautaire, c'est habituellement en tant que patient que la personne accède aux services. C'est une politique très contraignante, puisqu'elle ne tient pas compte de cette nombreuse partie de la population qui n'est pas "malade", mais qui pourrait bénéficier des services d'ergothérapie. L'enfant atteint d'un retard ou d'un handicap au niveau du développement, et la personne qui a besoin d'adaptation ou d'aide orthoptique, devraient pouvoir consulter un ergothérapeute sans consultation médicale. Le fait que la consultation médicale soit nécessaire crée un important embouteillage dans le système de prestation des services.

Certains organismes communautaires emploient des ergothérapeutes et permettent à leurs clients de les consulter de leur propre gré, et d'avoir un accès direct aux services ergothérapeutiques. D'autres milieux utilisent un modèle interdisciplinaire pour évaluer les besoins. Dans ces milieux, tout comme dans les milieux scolaires, l'ergothérapeute contribue à une approche globale au traitement, en tant que membre de l'équipe. Certains clients reçoivent des traitements spécifiques d'ergothérapie, mais dans d'autre cas, l'ergothérapeute est "responsable du cas" et coordonne le programme et les services fournis aux clients.

Les consultations adressées à la pratique privée sont habituellement déterminées en fonction du type de remboursement possible. Là où la loi l'exige, on ne procède que par l'intermédiaire du médecin. Autrement, seuls les clients qui sont couverts par divers programmes de soins prolongés, par des assureurs privés, et par des contrats de services spéciaux, sont acceptés.

V. EXPÉRIENCES SUBJECTIVES ET ATTENTES PROFESSIONNELLES

(a) Collaboration entre les services

En tant que membre d'une équipe de traitement, l'ergothérapeute travaille en étroite collaboration avec des professionnels comme des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes, des psychologues, des orthophonistes, des professeurs et des travailleurs sociaux. Les membres de l'équipe varient en fonction de l'orientation particulière du milieu de traitement. Dans un modèle interdisciplinaire établi, le respect et l'appréciation interprofessionnelle contribuent à l'efficacité de l'approche ergothérapeutique. Le niveau de collaboration est souvent fonction du niveau de connaissance et de compréhension que chaque membre de l'équipe accorde à la contribution fournie par les autres au bien-être du client.

Dans des plus petits centres où l'ergothérapie n'est peut-être pas un service courant, il existe souvent une certaine ignorance par rapport au processus ergothérapeutique. Les outils du métier: des activités comme les arts et métiers, sont souvent considérées comme étant toute la thérapie, par opposition au processus complet d'ergothérapie qui utilise l'activité comme moyen d'atteindre des objectifs thérapeutique. Cette méprise entraîne une sous-utilisation de l'ergothérapeute et limite les services qui pourraient être offerts. Normalement, cette situation peut être corrigée rapidement au moyen de séances d'information auprès du personnel.

Dans le modèle médical, les résultats et recommandations de l'ergothérapeute sont habituellement transmis lors d'une conférence d'équipe. Puis le médecin traitant ou le membre responsable du cas s'occupe de faire les consultations aux autres services. En milieu communautaire, l'ergothérapeute s'occupe de consultations entre les divers organismes et fixe les rendez-vous

pour les clients auprès des professionnels appropriés (par exemple, un psychologue ou un médecin). Lorsque des services médicaux spéciaux sont requis, la consultation doit habituellement provenir d'un médecin.

(b) Zones potentielles de conflit

Les outils et techniques utilisés par les ergothérapeutes ont souvent été développés par d'autres. Par conséquent, un examen superficiel peut parfois donner l'impression d'une duplication de services. Dans tous les cas, un examen plus approfondi identifiera les aspects propres au processus d'ergothérapie: une activité dirigée en vue de promouvoir un comportement fonctionnel. Prenons comme exemple la formation en habiletés domestiques qui fait partie du programme des activités de la vie quotidienne. Cette formation a longtemps été identifiée à l'économie familiale; mais dans le milieu hospitalier, l'ergothérapeute y a toujours intégré la connaissance de la pathologie, la compréhension du processus ou de la fonction de la maladie, et la transformation de ces processus en activités d'adaptation dans le but de promouvoir une performance plus efficace à la maison. L'économie familiale concerne des expériences relatives au développement normal. Le programme visant à augmenter l'amplitude des mouvements est un autre exemple. Le physiothérapeute tente d'atteindre l'amplitude maximale. L'ergothérapeute mise sur une amplitude suffisante pour effectuer une activité pratique comme se peigner les cheveux.

À mesure que les services de santé communautaire ont pris de l'amplitude, l'ergothérapie est devenue, elle aussi, plus accessible, provoquant un empiètement sur certaines activités fournies par d'autres professionnels comme les infirmières. Pendant plusieurs années, le Victorian Order of Nurses est un des rares services accessibles au client retenu à la maison. Par conséquent, ces infirmières remplissent des fonctions qui, dans un contexte ordinaire, incombent à d'autres professions. Dans le cas de l'ergothérapie, prenons comme exemple l'évaluation du foyer et les recommandations pour un appareillage adapté dans le but d'augmenter l'autonomie fonctionnelle.

Dans le but de réduire la duplication des services et les conflits professionnels, la présence d'un coordonnateur de soins (ou responsable du cas) est essentielle. Un des points importants est de préserver l'intimité du client. Dans l'absence d'un coordonnateur de services, les "visites à domicile" prolifèrent, provoquant un sentiment de confusion chez le client et sa famille, et entraînant un effet préjudiciable plutôt que positif sur son état de santé.

(c) Questions en suspens dans la profession

On peut parler de trois principaux domaines de préoccupation au sein de la profession: l'accessibilité aux services d'ergothérapie, la disponibilité de la main-d'oeuvre, et une certification normalisée.

Accessibilité

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la prestation des services d'ergothérapie s'effectue principalement auprès du client-patient, ou dans le cadre d'une consultation médicale. L'ergothérapie n'est comprise ni dans les régimes provinciaux d'assurance-maladie, ni dans les régimes spécifique de tiers-payant.

Mis à part quelques domaines spécifiques de traitement, le client est davantage en mesure de bénéficier des services d'ergothérapie, dans un contexte de convalescence ou de post-cure qui sert

à compléter le programme reçu en tant que patient hospitalisé. Dans le cas de la personne qui n'a jamais été hospitalisée, le régime du tiers-payant permettrait un service direct. L'ergothérapie doit souvent traiter les séquelles de maladies ou de traumatismes; son but ultime est de maximiser l'autonomie fonctionnelle dans l'exécution des tâches matérielles. Le meilleur moyen d'y arriver est de garder le client dans son milieu ordinaire et, par le fait même, d'éviter les coûteuses visites au centre hospitalier. Aux États-Unis, on constate un progrès des démarches visant à obtenir la couverture des services d'ergothérapie par les grandes compagnies d'assurance et les régimes d'assurance privée. Il n'y a pas de raison que les consommateurs canadiens ne puissent profiter des mêmes avantages, surtout lorsqu'on sait que l'objectif de l'ergothérapie est de diminuer la dépendance par rapport aux ressources médicales et sociales.

Main-d'oeuvre

La pénurie d'ergothérapeutes qualifiés est une préoccupation constante pour la profession, étant donné qu'elle semble s'accroître dans certaines provinces. Cet état de choses est décevant, du fait que dans la plupart des provinces, le nombre d'ergothérapeutes s'est accru de façon spectaculaire. Cette situation est due à l'expansion du marché du travail. Les thérapeutes sortent des milieux traditionnels axés sur la médecine d'où les gouvernements tirent leurs données statistiques sur l'emploi, et se dirigent vers les milieux communautaires axés sur la santé où leur présence n'est pas toujours officiellement enregistrée. En conséquence, on dénombre moins de thérapeutes dans les hôpitaux, et on ne tient pas compte de leur présence dans ces nouveaux postes de travail.

Le manque de mobilité professionnelle contribue, lui aussi, au problème de main-d'oeuvre. Puisqu'il n'existe qu'un seul niveau d'éducation professionnelle, peu d'individus sont en mesure d'assumer des potes d'administration et de recherche. [illegible] conséquent, il se fait peu de pressions au sein de la profession pour créer des postes au-delà de services cliniques directs. Les thérapeutes dans les postes plus élevés qui désirent parfaire leur formation et obtenir la maîtrise, doivent quitter la profession pour ce faire. Dans bien des cas ils ne reviennent pas, privant ainsi la profession de leurs connaissances spécialisées et de leur expertise clinique. Le programme de maîtrise étant maintenant une possibilité, la situation devrait changer sous peu.

Certification

L'absence d'un système national de certification, et le fait que plusieurs provinces n'ont pas de commission de certification, sont source de difficultés et de préoccupations sérieuses quant à la protection du public. Les techniques qu'un ergothérapeute utilise fréquemment, comme transférer un patient de la chaise roulante à la baignoire, peuvent causer des blessures aux clients lorsqu'elles sont utilisées par des personnes qui ne sont pas qualifiées. Dans les régions rurales, les programmes "d'ergothérapie" sont souvent administrés par des personnes qui n'ont pas les qualifications requises pour ce travail.

Conclusion

En tant que profession en pleine évolution, l'ergothérapie doit maintenant faire face aux responsabilités que d'autres professions du domaine de la santé ont déjà affrontées: rationnaliser l'accès aux services pour le consommateur; élaborer des stratégies visant à combler les demandes au niveau de la main-d'oeuvre; et élaborer des politiques qui assurent un maximum de protection au public desservi par la profession.

(d) Rôles et défis

L'utilisation de l'activité dirigée comme moyen de maximiser les capacités de l'individu pour le rendre plus autonome, est une approche pratique et efficace qui peut servir dans une diversité de milieux. L'ergothérapie a la possibilité d'offrir de programmes de soins avantageux sur le plan coût-efficacité, du fait que le domicile et les ressources personnelles du client servent de base à la prestation des services. L'intervention ergothérapeutique vise à réduire la dépendance face aux services hospitaliers, et à accroître l'indépendance en offrant des expériences d'apprentissage qui soient réalistes.

En tant que personne qui résoud des problèmes, l'ergothérapeute a la flexibilité et l'éducation voulues pour travailler dans une diversité de modèles au sein de l'organisation sanitaire. Son acquis professionnel lui a permis d'acquérir l'habileté et l'expérience requises pour une prise en charge efficace d'un cas. C'est très réconfortant de voir le changement qui survient chez un client qui acquiert des habiletés - c'est le résultat d'une intégration de la connaissance professionnelle aux besoins et aux objectifs personnels du client.

Notre défi consiste à sensibiliser les professionnels et le public aux avantages que représente l'utilisation d'activités quotidiennes pour corriger et prévenir une invalidité sérieuse. Il faut aussi documenter l'efficacité de cette approche au moyen de la recherche. Le perfectionnement et la mise en valeur des bases conceptuelles de l'ergothérapie sont essentiels à l'avancement de la santé et d'une existence satisfaisante. Un engagement réfléchi face à la vie peut influencer le corps et l'esprit.

VII. SOURCES

L'ergothérapie est une profession majoritairement pratiquée par les femmes. Elle compte environ 2 000 thérapeutes au Canada qui sont certifiés par les dix corporations professionnels d'ergothérapie. L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), dont le siège social est situé à Toronto, compte environ 1 300 membres. Cette association a toujours assumé la direction de la profession au cours des années.

En tant qu'association professionnelle bénévole, l'ACE dépend de la responsabilité et de l'engagement professionnels de ses membres pour développer des activités comme l'élaboration de directives visant la formation des ergothérapeutes et la pratique de l'ergothérapie, de même que l'accréditation des programmes théoriques et des stages pratiques. L'Association entretient des relations officielles avec les divers groupes provinciaux en leur offrant l'affiliation: une catégorie spéciale d'adhésion à la ACE offerte aux autres associations d'ergothérapie. Cette situation favorise la communication directe entre les différents comités exécutifs, et permet d'élaborer des décisions de politique à caractère plus représentatif.

Les programmes de perfectionnement et de recyclage sont du ressort des associations, tant sur le plan national que provincial. On travaille actuellement à l'élaboration d'un système national visant à partager les ressources, et à offrir des modules d'auto-instruction pour les thérapeutes oeuvrant dans des milieux où il n'y a pas d'université, ou dans les régions éloignées.

Des brochures et des documents ont été élaborés aux niveaux provincial et national. Le bureau national de l'ACE fournit des renseignements sur les dix programmes d'enseignement, les services spéciaux offerts par les ergothérapeutes, le code d'éthique, et les objectifs de l'Association. Le Répertoire médical canadien, publié par l'Association canadienne des hôpitaux, contient l'adresse de l'association nationale et la liste d'adresses des associations provinciales.

BIBLIOGRAPHIE

1. CYNKIN S: Occupational therapy: Toward Health Through Activities. Boston: Little Brown, 1979

2. HAULTAIN HET: Revue canadienne d'ergothé-raple, 1945, 12: 57-59

3. MOSEY AC: An alternative: The biophysical model. American Journal of Occupational Therapy, 1974; 28: 137-140

4. Model for Occupational Therapy: Occupational Therapy in Mental Health, 1980; 1:11-31

5. Occupational Therapy Number, Mental Hygiene Bulletin 1921; Vol. 1, No. 3, 18-19

6. PURTILLO RB, CASSEL CK: Ethical Dimensions in Health Professions Philadelphie: W.B. Saunders, 1981

7. REILLEY M: Occupational therapy can be one of the greatest ideas of 20th century medicine. American Journal of Occupational Therapy 1962; 1:1-9

8. REILLEY M: The educational process. American Journal of Occupational Therapy 1969; 23: 299-307

9. TRENT ME: Ward Aides. The Vocational Bulletin 1919; juin, 2-4

10. VARSITY. University of Toronto Student Press, novembre, 1918

11. YERXA EJ: The Occupational Therapist as Consultant and Researcher. HOPKINS H, SMITH HJ (éditeurs) Willard and Spackman's Occupational Therapy. Philadephie: J.B. Lippincott, 1978

Chapitre 6 PHYSIOTHÉRAPIE*

Barrie Pickles

INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, la physiothérapie est la profession qui s'intéresse principalement à prévenir et à atténuer les dysfonctionnements du mouvement chez les individus. Les dysfonctionnements le plus souvent traités par la physiothérapie sont causés par la douleur, les anomalies congénitales, les maladies, les accidents et les blessures, l'inactivité forcée et les problèmes reliés au vieillissement.

On peut résumer les principaux objectifs de la physiothérapie comme suit:

Déterminer les capacités potentielles de mouvements efficaces du client;
prévenir les problèmes potentiels au niveau du mouvement;
corriger et atténuer les troubles du mouvement qui occasionnent la douleur ou qui réduisent l'efficacité du mouvement d'une autre façon;
maintenir les niveaux de mouvement à leur état amélioré; et
prévenir la détérioration inutile du mouvement et des fonctions.

I. DONNÉES HISTORIQUES ET MILIEUX DE TRAVAIL

(a) Historique

Pendant la première guerre mondiale, quand les blessés revinrent au Canada par bateaux entiers, aucun service n'était prévu pour poursuivre les traitements au moyen d'agents physiques, tels qu'on les pratiquait en Europe. Dans le but de combler cette lacune, des programmes d'une durée de six mois sont temporairement organisés au Hart House à Toronto, en vue de former des masseurs et des masseuses, des kinésithérapeutes et des thérapeutes par le travail dirigé (ou des sergents dans les gymnases). Environ 250 personnes reçoivent une formation à cet endroit avant que les cours ne soient cessés en 1919.

En 1920, une charte du Dominion est octroyée à l'Association canadienne des masseuses et des spécialistes de la gymnastique corrective. En 1935, la raison sociale de l'association est remplacée par l'Association canadienne de physiothérapie.

En 1929, la première école importante de physiothérapie est établie à l'Université de Toronto; elle offre un programme d'études supérieures d'une durée de deux ans. L'ergothérapie est ajoutée au curriculum en 1946, et la durée du programme est prolongée à trois ans.

---

* Réviseur de ce chapitre: Helen Kiwala, MCPA, Directrice du service de physiothérapie, Kingston General Hospital, Kingston, Ontario

Une deuxième école est ouverte à l'Université McGill en 1943 et, depuis, d'autres ont été mises sur pied dans les grandes universités à l'échelle du pays. Aujourd'hui, le Canada compte 12 programmes d'enseignement en physiothérapie, chacun offrant la préparation de base au niveau du baccalauréat permettant l'exercice de la profession. À l'heure actuelle, trois universités (McGill, l'Université de l'Alberta et l'Université de Western Ontario) offrent aussi des cours au niveau de la maîtrise en physiothérapie.

Jusqu'à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, le travail des physiothérapeutes canadiens consiste surtout à assister les patients souffrant de blessures et de problèmes orthopédiques. Le champ d'activités est élargi graduellement; les soins préopératoires et postopératoires prévus pour le patients opérés, et conçus pour réduire l'incidence des complications suite à la chirurgie, deviennent des programmes de traitement destinés aux personnes souffrant de problèmes respiratoires aigus et chroniques. L'épidémie de poliomyélite du début des années cinquante engendre un besoin urgent de programmes de réadaptation visant à réduire l'invalidité causée par la paralysie. La reconnaissance de l'importance de la physiothérapie dans le traitement des patients atteints d'accidents cérébraux et de patients souffrant de troubles du système nerveux central crée, elle aussi, une demande pour les services de physiothérapie. Les programmes de réadaptation cardiaque ont fait l'objet d'une attention considérable au cours des quelques dernières années, tout comme les services destinés aux personnes âgées.

En médecine, comme dans l'ensemble des services de santé, l'accroissement considérable des connaissances, et les changements significatifs au niveau des modes de pratique, ont provoqué un besoin sans cesse croissant de spécialisation au sein des professions. La physiothérapie a, elle aussi, suivi ce cheminement général. Des groupes d'intérêt spécial ont été mis sur pied au sein de l'Association canadienne de physiothérapie dans le but d'encourager cette tendance.

Depuis le début, les physiothérapeutes se sont consacrés à offrir plusieurs services aux clients sur une base externe. De nos jours, les gouvernements préconisent de plus en plus la prestation des soins à l'extérieur des cadres hospitaliers, dans le but de réduire les frais occasionnés par la prestation d'un éventail sans cesse croissant de services de santé au public. Les physiothérapeutes ont relevé ce défi et continuent d'étudier diverses façons de fournir leurs services.

Il est évident que la physiothérapie a été, et est encore, une profession dynamique qui continue à évoluer parallèlement à la recherche et aux nouvelles connaissances, ainsi qu'aux nouvelles exigences en matière de santé au niveau des individus et de la collectivité. Qui peut prévoir où nous mèneront ces nouveaux développements?

(b) Nature de la pratique

Au Canada, la formation des physiothérapeutes est conforme aux normes d'un programme de base établi par l'Association canadienne de physiothérapie. Les diplômés de ces programmes ont les qualifications requises pour établir un diagnostic ou une évaluation physique; pour déterminer les capacités potentielles de mouvement chez un individu; pour utiliser des connaissances et des compétences sélectionnées en vue de planifier et mettre en oeuvre des programmes de physiothérapie visant à prévenir ou à traiter des dysfonctionnements du mouvement; et pour participer à des activités professionnelles comme la recherche, l'enseignement, l'administration et la consultation.

Partant de ce type d'éducation de base, les physiothérapeutes ont développé une grande diversité de rôles dans le but de répondre aux exigences venant du public et de plusieurs domaines des services de santé. Ils planifient, organisent et mettent en oeuvre des programmes de traitement,

d'enseignement et de counselling à l'intention des patients dans les hôpitaux, les centres de réadaptation, les hôpitaux de soins prolongés, les centres d'accueil, les centres de développement pour personnes souffrant de plusieurs handicaps, les cliniques pour personnes âgées, et aussi à l'intention des écoles, de l'industrie, du domicile des patients et des cliniques privées.

Les services visent à améliorer le niveau et le rythme de la récupération fonctionnelle, à réduire l'incidence des complications, et à écourter la durée de l'hospitalisation. Une fois passée la phase aiguë de la maladie ou de la blessure, le physiothérapeute assiste le patient invalidé à recouvrir un niveau maximal de fonctionnement. Le physiothérapeute collabore avec les autres membres de l'équipe soignante en vue d'aider le patient à fonctionner efficacement dans son milieu familial avec l'aide des autres membres de la famille. On peut ainsi réduire le nombre de personnes handicapées qui sont obligées de demeurer dans un milieu institutionnel.

En plus d'offrir des soins cliniques directement aux patients individuels, les physiothérapeutes participent à des programmes de dépistage de masse conçus pour déceler divers types de problèmes de dysfonctionnement du mouvement, afin de pouvoir organiser des services appropriés de traitement. Les physiothérapeutes oeuvrant dans la communauté consacrent aussi beaucoup de temps aux services d'information, afin que le public soit davantage sensibilisé à la prévention et au soulagement des invalidités provoquées par les dysfonctionnements du mouvement.

L'administration, la recherche et la consultation constituent d'autres activités non cliniques effectuées par la plupart des physiothérapeutes. Il arrive parfois que ces fonctions tiennent lieu d'un emploi à temps plein chez un physiothérapeute d'expérience qui a complété le programme officiel de maîtrise, mais la tendance normale démontre une certaine participation de la part de tous les physiothérapeutes à ces activités.

Plusieurs physiothérapeutes font de la surveillance clinique auprès des stagiaires, et tous sont tenus de participer aux programmes de perfectionnement professionnel dans leur milieu de travail. Certains physiothérapeutes qui ont un poste plus élevé participent aux programmes des universités avoisinantes en tant qu'instructeurs cliniques, et peuvent occuper un poste à la faculté universitaire.

Les physiothérapeutes s'impliquent de plus en plus dans la recherche. Cette recherche peut toucher n'importe quel aspect de la physiothérapie - ou elle peut explorer des problèmes communs en collaboration avec le personnel d'autres disciplines. Certains physiothérapeutes sont affectés à des activités spécifiques de recherche par les hôpitaux, les universités, les gouvernements et l'industrie. D'autres peuvent effectuer des études et des programmes de recherche à l'intérieur de leurs fonctions cliniques et non cliniques.

II. CONNAISSANCES PROPRES À LA PROFESSION

Au Canada, l'exercice de la physiothérapie exige des connaissances de base fournies par un programme universitaire habituellement affilié à une faculté de médecine, ou une faculté de sciences de la santé. Les programmes d'enseignement de base sont des programmes de baccalauréat d'une durée de quatre ans. Au cours de ces programmes, l'expérience clinique s'acquiert au moyen de travaux pratiques sous surveillance et d'un internat dans des endroits accrédités.

Il est essentiel d'avoir une connaissance approfondie de l'être humain au niveau de la croissance, de la maturation et du vieillissement, de l'anatomie, de la physiologie, de la biomécanique et de

la physique. Une fois qu'il possède ces connaissances de base relatives à l'être normal, le physiothérapeute acquiert des connaissances sur la pathologie, la patho-kinésiologie et les traitements cliniques. Les physiothérapeutes ont la formation requise pour effectuer le diagnostic et l'examen physique, pour appliquer les traitements appropriés de physiothérapie, et pour évaluer l'intervention. Le traitement peut être donné sous plusieurs formes: des exercices thérapeutiques sélectionnés, des techniques spécifiques de mobilisation et de manipulation, et divers agents physiques comme la chaleur, le froid, les ondes sonores et l'électricité.

Pour assurer une mise en vigueur efficace d'un programme de physiothérapie, le physiothérapeute doit être conscient de l'importance d'une relation psycho-sociale positive entre le patient, sa famille et le physiothérapeute. Afin que le physiothérapeute développe une compréhension fondamentale des réactions du patient face à son invalidité, il doit obligatoirement suivre des cours en psychologie normale et pathologique. Les diplômés des programmes canadiens de physiothérapie doivent aussi se familiariser avec les principes de l'apprentissage et de l'enseignement, de la communication et de la consultation; et comprendre les principes de la recherche et de l'administration.

Base de recherches

La première base de recherches sur laquelle s'est fondée la pratique de la physiothérapie s'est développée à partir de travaux effectués par des médecins. Les résultats d'études de cas réussies sont publiés dans des revues médicales, et plusieurs traitements qui deviennent pratique courante sont fondés sur une infime base d'évidence concrète démontrant la valeur réelle des méthodes décrites dans ces études. Plusieurs rapports sont empiriques et n'ont aucune théorie sous-jacente pour expliquer pourquoi la méthode réussit. Encore aujourd'hui, il est vrai que la plupart des stratégies de traitement utilisées par les physiothérapeutes n'ont pas été soumises à des essais cliniques officiels.

La profession médicale développe des outils pouvant lui aider à prononcer des diagnostics différentiels et évaluer les changements au niveau des paramètres particulièrement significatifs pour le médecin. On porte peu d'attention à l'importance de fournir une évaluation exacte du dysfonctionnement au niveau du mouvement.

L'insatisfaction face au manque de théories sous-jacentes aux problèmes d'une part, et au manque d'outils pour mesurer le dysfonctionnement moteur en situation clinique d'autre part, amène les physiothérapeutes à chercher conseil auprès d'autres disciplines. Ils savent que les kinésiologistes et les physiologistes de l'exercice utilisent divers appareils de mesure, et qu'ils développent des théories sur le contrôle moteur et la rééducation musculaire qui répondent davantage à leurs besoins. De nos jours, la plupart des programmes de formation en physiothérapie comprennent des cours de physiologie de l'exercice et de biomécanique.

Les études plus avancées entreprises dans diverses disciplines par les physiothérapeutes diplômés contribuent aussi à l'introduction progressive d'appareils de mesure et de concepts d'autres disciplines. En raison de leur formation plus avancée, ces physiothérapeutes deviennent de plus en plus conscients de l'importance d'un système de mesure rigoureux et du besoin d'une évaluation scientifique des méthodes de physiothérapie, puis ils transmettent ces connaissances à leurs collègues.

Au cours de la dernière décennie, les physiothérapeutes ont appris des techniques, puis ils en ont emprunté et possiblement adapté pour les utiliser auprès de leurs patients handicapés. La base de recherche en physiothérapie est tirée d'un nombre toujours croissant de disciplines.

Les physiothérapeutes sont d'avis que le manque d'une base de recherche bien élaborée est une des principales causes de certaines difficultés éprouvées en physiothérapie. L'Association canadienne de physiothérapie considère que l'élaboration de cette base est leur première priorité, et des travaux sont en cours en vue de réaliser cet objectif. Les physiothérapeutes savent bien que l'avenir de la physiothérapie en tant que profession sanitaire scientifiquement solide dépend largement de la mesure dans laquelle cette base sera élaborée par eux-mêmes et non par des professionnels d'autres domaines.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES PROPRES À LA PROFESSION

(a) Systèmes de mesure relatifs à l'évaluation et aux résultats

Il est malheureusement vrai que beaucoup de systèmes de mesure utilisés par les physiothérapeutes en pratique clinique sont soit dépassés, soit inexacts. De plus, on blâme les thérapeutes de ne pas enregistrer les résultats de façon systématique et objective. Heureusement, les physiothérapeutes deviennent plus conscients de ce problème et utilisent davantage des techniques valides de mesure dans les situations cliniques de tous les jours, de même que dans les études de recherche soigneusement contrôlées - c'est-à-dire, qu'ils utilisent des méthodes scientifiques.

L'examen visuel est parfois suffisant pour offrir une évaluation globale de la performance d'un patient. L'analyse visuelle du mouvement peut fournir des données cliniques utiles. Par exemple, cette approche est utile pour vérifier le pattern général de démarche utilisé par un patient. Elle permet à la personne qui observe d'établir la différence entre le pattern normal de démarche et le pattern anormal caractéristique des patients qui ont subi un accident cérébral, ou des patients atteints de la maladie de Parkinson. Cependant, ce n'est qu'une évaluation très approximative de composantes précises de ces patterns de démarche. Si un supplément d'information est requis (s'il faut évaluer le degré de sévérité ou d'invalidité, ou le degré d'amélioration pendant une certaine période de temps), il faut utiliser des techniques plus discriminantes.

Lorsqu'il analyse la performance motrice, le physiothérapeute doit établir les objectifs et les critères d'évaluation; identifier les paramètres à mesurer; sélectionner l'équipement et les techniques appropriées de mesure; enregistrer les paramètres sélectionnés; et analyser et interpréter les données.

On peut évaluer les angles d'une articulation et l'amplitude de ses mouvements dans une région en particulier, au moyen d'un goniomètre manuel qui permet de déterminer les angles à l'aide d'une échelle protractile sur l'instrument. Normalement, l'usage du goniomètre se limite à l'indication des angles; il n'est pas assez juste pour indiquer de façon précise les légers changements au niveau des angles, surtout lorsqu'il faut répéter le procédé sur une certaine période de temps. L'électrogoniomètre a été conçu, et utilisé dans plusieurs études récentes, pour permettre de mesurer les changements au niveau des angles d'une articulation avec la plus grande précision possible. Dans d'autres méthodes d'analyse du mouvement, on enregistre le mouvement sur film et on analyse le film, plutôt que de tenter une mesure direct du mouvement.

On peut obtenir une évaluation rudimentaire de la force d'une contraction musculaire en appliquant une résistance manuelle au mouvement. Lorsqu'on désire une évaluation plus précise des forces produites par l'activité musculaire, on utilise des appareils pour mesurer la force, et des dynamomètres pour évaluer les forces tant dynamiques que statiques. L'électromyographie peut aussi faire partie de l'analyse de l'activité musculaire. Elle mesure et analyse les potentiels d'action musculaire produits par l'activité.

En règle générale, les outils utilisés pour évaluer la performance des patients ont été conçus par des kinésiologistes et des physiologistes de l'exercice. Quelques modifications ont été apportées aux instruments de base, dans le but de les adapter à des sujets handicapés plutôt que des sujets normaux. Dans certains cas, l'équipement requis pour mesurer et enregistrer certains paramètres de la performance motrice est dispendieux et n'est peut-être pas disponible dans tous les services de physiothérapie. Néanmoins, les étudiants en physiothérapie reçoivent une formation relative à l'utilisation de ces instruments.

L'évaluation des capacités fonctionnelles des patients implique la collaboration entre physiothérapeutes et aussi avec plusieurs autres professionnels de la santé, surtout les autres membres de l'équipe de réadaptation. Il devient de plus en plus urgent de développer des instruments pouvant évaluer le résultat des programmes de réadaptation, à mesure que les gouvernements et les administrateurs deviennent plus préoccupés par le coût et l'efficacité des services fournis à l'heure actuelle. Par exemple, des instruments pour mesurer l'état de santé des patients en physiothérapie ont été élaborés par l'Association canadienne de physiothérapie, en collaboration avec le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social*. Cet instrument comporte des évaluations séparées décrivant le niveau de mobilité, d'autonomie dans l'exécution des soins personnels, et de socialisation du patient.

(b) Programmes de traitement

Une enquête récente** relevait la durée des différents types d'activités reliées aux traitements, tels qu'évalués par les physiothérapeutes.

	Pourcentage
Exercices thérapeutiques traditionnels et rééducation de la démarche	33,4
Techniques manuelles (comme la mobilisation, la manipulation, la facilitation et le massage)	21,0
Les agents physiques (comme la lumière, la chaleur, le froid, l'eau, les ondes sonores, et l'électricité)	22,1
L'enseignement et le counselling auprès des patients et des personnes qui leur prodiguent des soins	19,1
Travail qui pourrait être effectué par une personne moins qualifiée	7,2
Stratégies de prévention	8,8

1. Programmes d'exercices

Les programmes d'exercices utilisés par les physiothérapeutes sont conçus pour augmenter la force musculaire, l'endurance et la coordination. Pour améliorer la force musculaire, il faut des exercices qui rencontrent une résistance. La résistance peut être appliquée manuellement par le thérapeute, ou au moyen de poids, de ressorts et d'autres appareils.

---

* "Vers une évaluation de la qualité des soins en physiothérapie, Volume II: Instruments de mesure de l'état de santé des patients en physiothérapie". 1981

** "Physiotherapy Ontario", étude effectuée par l'Ontario Physiotherapy Association, 1980

Les patients apprennent à contracter leurs muscles afin de fixer une partie du corps en position lorsque la résistance est appliquée (exercice isométrique), ou de produire un mouvement de pression lorsque la résistance est appliquée (exercice isotonique). Les exercices de résistance permettent d'augmenter le volume musculaire - hypertrophie - en plus d'augmenter la force de contraction des muscles.

L'endurance est la capacité de pouvoir continuer à exécuter une activité sur une certaine période de temps. Les activités d'endurance n'exigent pas que la personne exerce un effort maximal. Elles exigent plutôt que les muscles travaillent sous une tension moyenne pendant une période de temps qui se prolonge graduellement. Les activités de ce genre produisent des changements au niveau des systèmes d'énergie enzymatique des fibres musculaires. Elles contribuent aussi à améliorer l'afflux sanguin aux muscles qui travaillent et le fonctionnement circulatoire en général. Les fonctions de marcher, courir, et monter les escaliers - qu'on peut normalement poursuivre pendant de longues périodes de temps - sont souvent affectées par la maladie ou les blessures, et doivent être spécifiquement réapprises à l'intérieur d'un programme global de réadaptation.

Le manque de coordination dans la performance d'une activité diminue l'efficacité de cette performance. Les muscles qui ne sont habituellement pas utilisés pour cette activité entrent en jeu, et les muscles habituellement utilisés ne sont pas employés autant qu'ils devraient l'être. Il est souvent nécessaire de faire la rééducation de la coordination, afin d'augmenter l'efficacité du mouvement. La rééducation entraîne des modifications dans les schèmes d'activités au niveau du système nerveux central. L'enseignement des exercices de coordination en vue d'améliorer la posture et la démarche est une activité particulièrement importante en physiothérapie.

Certains programmes d'exercices thérapeutiques sont délibérément conçus pour utiliser des modèles d'activité visant les réflexes et le développement au niveau du système nerveux. Étant donné que la connaissance du fonctionnement du système nerveux s'accroît sans cesse, il est probable qu'on verra émerger de nouvelles stratégies pour des programmes d'exercices thérapeutiques.

2. Techniques manuelles

Le massage a toujours fait partie de la gamme de traitements offerts par les physiothérapeutes. On utilise le massage thérapeutique pour favoriser la mobilisation des tissus mous du corps - muscles, tendons, ligaments, etc. - que les blessures ou l'inactivité ont liés ensemble. Des techniques spécialisées de massage sont aussi utilisées pour provoquer des changements au niveau de la circulation sanguine dans une partie du corps.

Les physiothérapeutes utilisent des techniques de manipulation dans le but de rétablir l'alignement normal des articulations et, dans bien des cas, récupérer l'amplitude des mouvements de l'articulation. Ces manipulations ne sont ni forcées, ni violentes. Elles utilisent des pressions modérées et contrôlées au niveau de l'articulation tandis que les muscles sus-jacents sont au repos. Les physiothérapeutes deviennent extrêmement compétents dans l'application des techniques manipulatives au niveau des articulations de la colonne et des membres, et les utilisent comme complément aux autres techniques.

3. Agents physiques

Les physiothérapeutes utilisent un large éventail d'agents de chaleur. Les rayons infrarouges, la diathermie à ondes courtes, les ultrasons et l'énergie micro-ondes servent tous à réchauffer les tissus. Chacune de ces formes d'énergie produit un mode différent de chaleur à l'intérieur des tissus. Le physiothérapeute choisit celui qui convient le mieux à chaque patient. La chaleur est appliquée aux tissus soit pour améliorer la circulation sanguine dans la partie réchauffée, soit pour réduire l'inconfort.

Depuis quelques années, on fait appel de plus en plus souvent aux propriétés analgésiques des courants électriques de basse intensité. L'utilisation de la stimulation électrique transcutanée pour modifier l'activité au niveau des nerfs qui transmettent la douleur dans le système nerveux central, est devenue une méthode étonnamment efficace pour soulager diverses formes de douleur.

(c) Spécialisation

Bien que les physiothérapeutes doivent adopter plusieurs rôles, souvent simultanément, dans l'exercice de leurs fonctions, on constate une tendance croissante vers la spécialisation. De nos jours, il n'est pas rare qu'une personne acquière une expertise dans un champ particulier des services de santé par le biais d'un programme de formation post-graduée, du perfectionnement professionnel, de la recherche ou de l'expérience. En physiothérapie, les domaines de spécialisation se rapprochent des classifications médicales normalisées. On retrouve aussi le concept de la spécialisation dans des domaines non cliniques: l'administration, la recherche, l'éducation et la consultation.

Les divisions ou groupes d'intérêt spécial suivants ont été établis par l'Association canadienne de physiothérapie: neurosciences, orthopédie, directeur de physiothérapie, pédiatrique, physiothérapie des sports, recherche et éducation.

Chacun de ces groupes offre à ses membres les structures et l'orientation requises pour développer les compétences nécessaires à cette spécialité. Il fournit aussi des renseignements sur les ressources et encourage l'avancement dans le domaine. De plus, les divisions d'orthopédie et de physiothérapie des sports ont respectivement élaboré leur propre programme officiel de perfectionnement professionnel avec examens.

Les physiothérapeutes se disent très satisfaits de ces développements.

IV. DROITS ET RESPONSABILITÉS

Des règles de conduite officielles ont été établies pour les membres de l'Association canadienne de physiothérapie*. Le physiothérapeute est moralement et légalement responsable de l'application de programmes de traitement qui soient conformes aux normes professionnelles. Devant cette responsabilité, le physiothérapeute est en droit de déléguer des portions du programme de traitement au patient, à sa famille, ou à d'autres membres professionnels ou non professionnels de l'équipe de soins, lorsque cette délégation est dans les meilleurs intérêts du patient.

---

* Décrites dans le document des règlements 1-4 des statuts et règlements de l'Association canadienne de physiothérapie.

Dans le but d'assurer les meilleurs avantages possibles à leurs patients, les physiothérapeutes peuvent refuser d'effectuer un procédé qui, à leur avis, pourrait être nocif ou inutile. Ils déterminent le type, la durée, l'intensité et la fréquence du traitement, et cessent le traitement au moment opportun.

Aux yeux du physiothérapeute, les responsabilités face aux membres de l'équipe soignante viennent seconder les responsabilités à l'égard du patient. Ainsi, chaque fois que c'est nécessaire, le physiothérapeute dirige les patients vers d'autres membres de l'équipe en vue d'une consultation, de conseils et de traitements. De plus, il fournit des renseignements sur les contributions que la physiothérapie peut apporter au bien-être du patient.

Les normes professionnelles des physiothérapeutes exigent aussi le maintien de registres officiels comprenant le diagnostic et le traitement de chaque patient conformément aux dispositions légales, tout en conservant un caractère confidentiel à chacune des communications établies avec des personnes qui ne font pas partie de l'équipe de soins.

Les physiothérapeutes reconnaissent que leur profession est en progression continuelle, et qu'ils doivent en toute responsabilité se maintenir au courant des changements qui surviennent en physiothérapie, s'ils veulent s'assurer que chaque programme de traitement utilise les méthodes et les techniques les plus récentes.

V. RELATIONS AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET EXPÉRIENCES SUBJECTIVES

(a) Nature et ampleur de la collaboration

Une étude effectuée récemment en Ontario** fournit des données sur les attitudes et les sentiments des physiothérapeutes face à leur milieu de travail. Dans cette étude, plus de 90 pour cent des thérapeutes décrivent leurs rapports quotidiens avec d'autres professionnels de la santé comme étant satisfaisants ou très satisfaisants. Cependant, seulement la moitié des physiothérapeutes sont satisfaits de la quantité de contacts qu'ils ont avec les autres disciplines de la santé, et de l'appréciation manifestée par les autres disciplines à l'égard du rôle et des fonctions de la physiothérapie. Par ailleurs, lorsqu'on leur demande d'évaluer certains problèmes par ordre de priorité, ce besoin d'attention est placé au sixième rang sur une liste de sept problèmes.

Globalement, les médecins sont perçus comme étant le groupe qui soutient le plus le rôle et les fonctions des physiothérapeutes sur une base quotidienne. Ironiquement, ils sont aussi perçus comme étant un des groupes les plus difficiles avec qui travailler. Les physiatres semblent donner moins de soutien que les médecins en général.

Interrogés sur les impressions que d'autres éprouvent face à leur profession, les physiothérapeutes croient, de façon générale, que seuls les groupes qui travaillent avec eux sur une base régulière savent estimer leur profession à sa juste valeur, tandis que d'autres groupes comme les administrateurs, les pouvoirs législatifs et le grand public ont tendance à sous-estimer leur contribution.

** "Physiotherapy Ontario", Ontario Physiotherapy Association, 1980

D'après ces données, il semble que les physiothérapeutes jugent satisfaisants les rapports qu'ils ont avec les autres membres de l'équipe travaillant avec eux de façon régulière, et croient que les rapports avec d'autres peuvent être améliorés dans la mesure où la quantité de contacts est augmentée.

(b) Zones de conflit

On peut s'attendre à un certain degré de conflit entre la physiothérapie et les groupes de médecins. Sur une liste de sept priorités visant des modifications qui pourraient être apportées à la législation sur la physiothérapie, les changements au niveau des consultations viennent au premier rang. Trois quarts des physiothérapeutes se disent prêts à accepter la responsabilité de traiter des patients sans consultation du médecin (advenant des modifications au niveau des critères de certification). Certaines situations sont source d'exaspération, et notamment le fait de devoir souvent remettre en question le diagnostic posé par le médecin, les renseignements incomplets et inappropriés fournis par le médecin lorsqu'il dirige un patient vers la physiothérapie, et les communications souvent difficiles ou insatisfaisantes avec le médecin.

Les résultats de l'étude démontrent une attitude variable face à la profession infirmière. D'une part, un bon nombre de thérapeutes ont l'impression que les infirmières les soutiennent beaucoup dans leurs relations de travail. Pourtant, de façon globale, les infirmières sont perçues comme étant le groupe le plus difficile avec qui travailler. D'autres membres de l'équipe de réadaptation (ergothérapeutes, orthophonistes et travailleurs sociaux) sont perçus de façon plus positive.

Le genre de conflit mentionné dans l'enquête est typique des situations où deux ou plusieurs groupes se font concurrence pour acquérir de nouveaux droits et responsabilités, surtout lorsque chacun ressent de l'incertitude face aux connaissances et aux compétences des autres groupes. Ces conflits sont particulièrement intensifiés dans des situations où il y a possibilité de contrôler, de diriger ou d'administrer les autres groupes. Il n'est pas surprenant que les médecins adoptent une attitude défensive lorsqu'ils insistent sur un contrôle étroit des programmes de traitement en physiothérapie, ou que les infirmières aient la même réaction lorsqu'elles tentent d'empêcher les physiothérapeutes d'avoir accès aux patients pendant la majeure partie de la journée, ou qu'elles accordent une importance minime au processus de réadaptation dans le traitement global du patient. Il est révélateur que ces difficultés s'atténuent habituellement avec le temps, à mesure que se développent des contacts personnels et des rapports plus solides.

Ce respect mutuel survient souvent de lui-même. Dans bien des cas, il procède de l'utilisation accrue des conférences d'équipe, où la planification des programmes de traitement est entreprise en collaboration. Moyennant une meilleure compréhension du rôle des autres, et l'occasion d'entendre régulièrement les opinions et les points de vue des autres professions, toutes choses égales d'ailleurs, la qualité des relations ne peut que s'améliorer entre les membres des différentes professions.

Ces situations engendrent un sentiment d'interdépendance réciproque - l'impression qu'aucun membre individuel de l'équipe ne peut aider le patient au maximum à moins qu'il ne reçoive les opinions, les renseignements et le soutien des autres membres de l'équipe.

Par opposition à l'attitude positive générale exprimée à l'égard des relations avec d'autres membres de l'équipe de réadaptation, les physiothérapeutes éprouvent beaucoup de ressentiment face aux privilèges accordés aux chiropraticiens au Canada. Bien qu'on soutienne que la chiropraxie ne

soit pas fondée sur des bases scientifiques, dans plusieurs régions du Canada, des privilèges refusés aux physiothérapeutes sont accordés à ses praticiens à l'intérieur du système actuel des services de santé. Mentionnons en particulier la possibilité qu'ont les chiropraticiens d'ouvrir un bureau n'importe où, et de fournir des traitements dont les honoraires sont fixés d'après chaque service et couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Les physiothérapeutes contestent le fait que les patients aient un accès direct aux services de la chiropraxie, et que ce privilège ne soit pas accordé à la physiothérapie. Ils signalent l'absurdité d'une situation où l'on refuse des privilèges à des professionnels instruits dans un milieu universitaire étroitement contrôlé, et travaillant sous la couverture d'un système médical structuré et que, par ailleurs, on accorde ces privilèges à des chiropraticiens dont la formation et la pratique ne sont pas reconnues par la profession médicale.

(c) Questions en suspens dans la profession

Depuis les deux dernières années, les physiothérapeutes ont défini les objectifs à long terme de la profession, afin que les énergies et les programmes soient pertinemment développés et orientés vers la réalisation de ces objectifs. L'Association canadienne de physiothérapie a retenu huit articles et les a placés par ordre de priorité:

1. Le développement, par le biais de la recherche, d'un ensemble de connaissances théoriques qui soient la science et l'art de la physiothérapie.
2. L'élaboration de normes visant l'enseignement et la pratique de la physiothérapie
3. Pour les physiothérapeutes, l'acquisition et le maintien de compétences qui répondent aux normes de l'Association
4. La formation de chefs au sein de la profession
5. Une prise de conscience accrue de la part des gouvernements, de la profession et du grand public, face aux normes et à la nature de la pratique établies par la profession
6. Offrir des services aux membres
7. Planifier l'avenir
8. Contribuer au développement de la physiothérapie à l'échelle internationale

(d) Satisfaction professionnelle

L'étude effectuée en Ontario interroge les physiothérapeutes spécifiquement quant à la satisfaction qu'ils ressentent face aux divers aspects de leur travail. Les réponses se détaillent comme suit:

Degré de satisfaction	Aspect du travail
1	Degré d'autonomie
2	Utilité des compétences acquises
3	Degré de responsabilité décisionnelle dans le choix du traitement
4	Application des connaissances et de la théorie
5	Sentiment de satisfaction
6	Degré de sécurité au travail
7	Qualité de la surveillance
8	Reconnaissance obtenue pour le travail accompli

9	Quantité de contacts avec les autres disciplines de la santé
10	Contrôle sur la cadence et la qualité du travail
11	Degré d'appréciation manifestée par les autres disciplines de la santé à l'égard du rôle et des fonctions
12	Rémunération
13	Possibilités de perfectionnement professionnel
14	Possibilités d'avancement

Quatre-vingt-onze pour cent des physiothérapeutes se disent satisfaits d'avoir choisi la physiothérapie comme carrière, bien que 25 pour cent indiquent qu'aujourd'hui ils choisiraient une autre carrière. Les plus insatisfaits sont ceux qui occupent des postes cliniques plus élevés.

Il est intéressant de constater que les physiothérapeutes se montrent davantage satisfaits quant à leur autonomie, l'utilité des compétences acquises et le degré de responsabilité décisionnelle dans le choix du traitement. Ils sont moins satisfaits en ce qui concerne la rémunération, la possibilité de développer d'autres compétences, et la possibilité d'avancement. Ils sont aussi insatisfaits face à l'appréciation que les autres disciplines de la santé manifestent à l'égard de leur rôle et de leurs fonctions. En d'autres mots, les physiothérapeutes se disent heureux du travail qu'ils accomplissent, mais ils sont d'avis que ce travail n'est pas assez reconnu.

Lorsqu'on leur demande d'évaluer les activités de la vie qui leur prodiguent la plus grande satisfaction, les physiothérapeutes accordent plus d'importance aux relations familiales qu'à leur carrière. Cependant, ils affirment que leur travail leur apporte plus de satisfaction que les activités récréatives ou les croyances religieuses.

Bref, les physiothérapeutes sont satisfaits du travail qu'ils accomplissent actuellement. Ils aimeraient apprendre à le perfectionner, et souhaitent s'impliquer davantage dans la sensibilisation des autres au travail qu'ils font.

Interrogés sur les domaines auxquels ils aimeraient consacrer plus de temps s'ils en avaient la possibilité, les physiothérapeutes arrêtent leur premier choix sur les techniques manuelles comme la mobilisation et la manipulation. L'enseignement et le counselling auprès des patients viennent en deuxième.

Par dessus tout, les physiothérapeutes accordent la plus grande importance à la possibilité d'utiliser leurs compétences professionnelles et de travailler avec les gens plutôt qu'avec les choses dans quelque carrière ou profession qu'ils puissent occuper. Ils mentionnent souvent les relations personnelles étroites qui se lient entre les physiothérapeutes et leurs patients, en raison d'une interaction qui se poursuit sur de longues périodes de temps. Ils parlent de la responsabilité qu'ils partagent avec le patient pour en arriver à améliorer son niveau de fonctionnement. La nature de cette relation est souvent comparée favorablement aux relations qui existent avec les autres membres de l'équipe de soins.

VI. SOURCE DE RÉFÉRENCE POUR LA PROFESSION

L'Association canadienne de physiothérapie (ACP) est l'association professionnelle à l'échelle nationale; elle compte environ 5 000 membres à travers le Canada. Des représentants de chacune

des associations provinciales siègent à son conseil d'administration. L'agrément des services et des programmes universitaires de physiothérapie relève de l'ACP. Pour plus de renseignements concernant l'agrément, les associations provinciales, la recherche, les programmes de formation, l'éducation continue, le code de déontologie et les règlements, veuillez vous adresser à l'ACP, suite 201, 44 avenue Eglinton ouest, Toronto, Ontario M4R 1A1.

BIBLIOGRAPHIE

La documentation de base pour le présent chapitre provient des sources suivantes:

ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE: Statement on the Scope of Practice. Toronto: ACP, 1980

ONTARIO PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION: Physiotherapy Ontario. Toronto: ACP, 1980

ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE ET UN GROUPE DE TRAVAIL DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL: Vers une évaluation de la qualité des soins en physiothérapie, Volume II: Instruments de mesure de l'état de santé des patients en physiothérapie. Ottawa: DNHW, 1981

Les auteurs tiennent à remercier ces associations d'avoir bien voulu permettre la reproduction d'extraits des rapports susmentionnés. Ils remercient également les auteurs des travaux suivants qui ont gracieusement consenti à ce que leurs publications soient résumées:

HANCOCK H et al: The early days. Revue de l'Association canadienne de physiothérapie 1970; 22: 64-78

PEAT M, CAMPBELL G: Measurement systems in physical therapy. Physiothérapie Canada 1979; 31: 132-136

L'auteur principal de ce chapitre accepte la responsabilité de tous les énoncés et rappelle qu'ils ne constituent pas une déclaration officielle des politiques des associations.

R.C. Bland et G.D. Watson

1. DONNÉES HISTORIQUES ET MILIEUX DE TRAVAIL

(a) Historique

La psychiatrie est la branche des sciences médicales qui s'occupe de l'origine, du diagnostic, de la prévention et du traitement des troubles psychiques. Ses racines remontent à la préhistoire d'avant les premiers textes écrits, et à la pratique du chamanisme et de la trépanation; passant par les pratiques médicales grecques et romaines, les opinions éclairées des médecins arabes du septième au quatorzième siècle, la cruauté et les tortures rattachées à la sorcellerie et au fanatisme de la Renaissance en Europe de l'Ouest, et les opinions plutôt modernes sur l'humanité et sa détresse qu'incarnait la Révolution française.

L'idée d'offrir un traitement moral aux aliénés débute en Europe au dix-huitième siècle, se propage à travers l'Angleterre et l'Amérique, coïncidant avec les débuts de l'application de pratiques scientifiques dans le domaine de la médecine clinique, y compris la psychiatrie. Il en résulte un intérêt renouvelé pour la classification des maladies, l'identification des causes et des conséquences, et l'élaboration des traitements. Ces tendances se poursuivent encore aujourd'hui, avec des concepts de maladies associées aux troubles psychiques, et des développements passionnants au niveau de la psychiatrie biologique, et des méthodes de traitement pharmacologique et physique.

Les développements provoqués par l'étude des aspects biologiques et pathologiques de la maladie mentale coïncident avec les explications apportées par Freud, entre autres, sur la psycho-dynamique du comportement normal et pathologique, et les modes de traitement qui en résultent. Le domaine de la psychiatrie s'étend à l'examen et aux soins d'individus souffrant de troubles psychiques qui ne justifient pas l'internement dans des institutions pour les aliénés.

Plus récemment, la psychiatrie s'est ressourcée auprès de la psychologie sur le plan des méthodes investigatives (par exemple, les tests psychologiques) et des modes de traitement (par exemple, la thérapie du comportement).

Au cours des 30 dernières années, des efforts significatifs ont été déployés dans le but de changer ou d'améliorer la prestation des services psychiatriques, notamment par des tendances à la désinstitutionnalisation des soins offerts aux personnes atteintes de troubles psychiques, et par la mise en oeuvre de services communautaires et de services en milieu institutionnel. Non seulement les types de services traditionnels sont-ils devenus plus accessibles, mais on a introduit un nouveau type de service ayant davantage recours aux compétences des autres professionnels.

(b) Programmes de formation

Le Canada compte 16 programmes agrémentés de formation post-universitaire en psychiatrie. Tous ces programmes sont offerts par des facultés de médecine universitaires, et soumis à l'inspection et à la certification accordées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada qui établit les critères d'admissibilité au programme de formation, de même que les épreuves des examens pour l'obtention du certificat de spécialiste.

Le candidat qui s'inscrit au programme de formation doit posséder un diplôme autorisé de docteur en médecine et un certificat d'internat. Le programme de formation comprend quatre années d'études et de stages cliniques approuvés.

Le candidat qui termine ce programme et qui est reçu aux examens en psychiatrie du Collège royal peut adresser une demande à la commission de certification médicale de la province, dans le but d'obtenir le droit de pratique en tant que spécialiste en psychiatrie dans cette province, et de demander les honoraires établis pour ces services spécialisés.

Le Collège royal déclare de façon succincte que "l'objectif du programme de formation en psychiatrie est de former un spécialiste médical qui est expert à appliquer les facteurs médicaux, chirurgicaux, biologiques, psychologiques et sociaux pertinents, au diagnostic et au traitement à court et à long terme des troubles psychiatriques". Ils poursuivent "... le spécialiste en psychiatrie acquiert des compétences en travaillant en collaboration avec d'autres travailleurs du domaine de la santé, dans le but d'offrir un service psychiatrique global et facilement accessible. Ce doit être évident qu'en offrant une formation théorique et clinique dans plusieurs domaines de compétence, les programmes de formation en psychiatrie tentent de former des psychiatres praticiens qui soient compétents sur toute la ligne".

Le Collège royal n'a pas prévu de certification ni d'examens séparés pour les sous-spécialités de la psychiatrie comme la psychiatrie infantile ou la psychiatrie médico-légale. Normalement, les compétences requises pour ces sous-spécialités sont acquises après l'obtention du certificat en psychiatrie.

(c) Milieux de travail

Les psychiatres sont des spécialistes médicaux qui exercent dans des domaines où travaillent d'autres spécialistes médicaux. Ce peut-être le service de psychiatrie d'un hôpital général ou d'une clinique qui y est rattachée, le département de psychiatrie d'une université, ou un bureau privé. Les psychiatres travaillent aussi dans des hôpitaux spécialisés et des cliniques communautaires. Étant donné l'impact considérable des troubles du comportement, ils peuvent aussi fournir des services aux organisations comme les écoles, les institutions pour jeunes délinquants, les centres d'accueil pour enfants et les tribunaux.

Les responsabilités du psychiatre envers son patient sont les mêmes que pour tout autre médecin. Cette situation est suffisamment claire dans le milieu hospitalier ou dans un bureau privé; mais des difficultés peuvent survenir dans une clinique multidisciplinaire, ou dans le cas de consultations auprès d'organismes qui continuent d'assumer la responsabilité du patient.

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES PROPRES À LA PROFESSION

La psychiatrie a très peu de connaissances qui lui sont propres. Son caractère unique réside dans le fait qu'une personne déjà versée dans la science et la pratique de la médecine, applique un large éventail de connaissances tirées de nombreux domaines, au diagnostic et au traitement de patients souffrant de troubles psychiques. On peut donc considérer que les compétences et la pratique cliniques sont uniques.

(a) Matières de base

En psychiatrie, les matières de base sont tirées:

i) des sciences biologiques: neurochimie, neuroanatomie et neurophysiologie, et les sciences appliquées de neuro-psychopharmacologie, d'endocrinologie et de neuro-pathologie;
ii) des sciences psychologiques dans les domaines de l'intelligence, de la perception, de la motivation et des émotions, et aussi de leurs origines génétiques, environnementales et physiologiques;
iii) des sciences culturelles comme la sociologie, l'anthropologie culturelle et l'écologie, et aussi de leurs influences et effets sur la santé mentale et la maladie mentale; et
iv) des sciences connexes comme la statistique, les travaux de recherche et l'épidémiologie.

(b) Matières spécialisées

Les sujets spécialisés sont la synthèse des connaissances tirées des divers domaines susmentionnés d'une part, et des compétences cliniques qu'acquiert le psychiatre d'autre part.

Les compétences cliniques impliquent une connaissance des méthodes diagnostiques, du cheminement naturel des troubles psychiques, et de leurs conséquences avec ou sans les divers traitements (qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux).

Le psychiatre doit acquérir les compétences requises pour l'évaluation, le diagnostic et l'entrevue thérapeutique, de même que la capacité de faire ressortir l'information pertinente tout en demeurant sensible aux nuances et besoins affectifs de ses patients. L'évaluation du patient comprend un examen physique et un examen de l'état mental - l'évaluation des processus d'idéation et de cognition, de l'état affectif et des pulsions. Une fois les renseignements obtenus, le psychiatre doit pouvoir en extraire les données pertinentes et importantes pour arriver à formuler les problèmes et, partant, le diagnostic étiologique et le diagnostic différentiel. Il détermine aussi quel les investigations sont encore requises pour permettre l'élaboration des modalités du traitement.

(c) Base de recherches

En psychiatrie, la base de recherches provient de tout domaine relatif au comportement humain et à la maladie. Les sciences pures de la médecine, de la psychologie et de la sociologie en sont des exemples. Les études cliniques portant sur les patients psychiatriques peuvent être entreprises et menées par les psychiatres et également par des professionnels de disciplines connexes.

La recherche active relative à la psychiatrie est effectuée dans la plupart des facultés universitaires à l'échelle du Canada, dans certains hôpitaux et cliniques provinciaux du secteur public et dans d'autres milieux. Une part considérable de cette recherche est de grande qualité et les chercheurs ont acquis une réputation à l'échelle internationale. Néanmoins, l'appui financier offert par les divers paliers gouvernementaux à l'heure actuelle est insuffisante et ne couvre qu'un pourcentage infime des frais de la recherche médicale. C'est une constatation vraiment troublante, étant donné l'omniprésence de la maladie mentale et ses répercussions sur l'économie.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES PROPRES À LA PROFESSION

(a) Méthodes diagnostiques

En psychiatrie, comme pour le reste de la médecine, l'anamnèse et l'examen du patient constituent les méthodes cliniques de base pour le diagnostic.

L'anamnèse comprend les données démographiques de base, une description de la maladie en cours et de ses symptômes, une histoire des maladies antérieures, l'ensemble des interrelations et des maladies familiales, une histoire du développement et une histoire personnelle du patient (rapports avec ses pairs, son conjoint et sa famille à différents stages de sa vie, les événements importants de sa vie, les schèmes habituels de comportement, les premières expériences de la vie et les réalisations au niveau de l'éducation et de l'emploi).

L'examen physique et l'évaluation de l'état mental ont été mentionnés ci-dessus.

Une fois ces données recueillies, le psychiatre se sert de son expérience, de ses connaissances et de sa formation pour dégager ce qui est important de ce qui n'est pas important, et en tire une formulation, et les diagnostics étiologique et différentiel.

À ce stade, il voudra peut-être demander des investigations supplémentaires dans le but de compléter l'image clinique. Elles peuvent être sociales - comme des entrevues avec les membres de la famille ou d'autres personnes qui jouent un rôle significatif dans la vie du patient; psychologiques - comme les tests d'intelligence ou de personnalité; et/ou physiques - comme les tests sanguins ou les tests d'urine; ou d'autres examens relatifs au fonctionnement du système nerveux - comme l'électroencéphalogramme, des procédés radiologiques spéciaux et des tests neuropsychologiques.

Une fois ces investigations terminées, le psychiatre est en mesure de confirmer ou d'infirmer sa première impression diagnostique. À l'aide de ces données, et d'une évaluation du degré et de la chronicité de la déficience, il peut élaborer un plan de traitement.

(b) Méthodes cliniques et programmes de traitement

On s'attend que le psychiatre ait les compétences requises pour adapter les traitements et programmes de traitement disponibles aux besoins et (si possible) aux souhaits du patient.

Le psychiatre peut administrer des traitements sous différentes formes soit physique, psychologique et sociale. De plus, il peut demander au patient de participer à des programmes dirigés par d'autres professionnels. Ces programmes diversifiés peuvent inclure l'apprentissage, les soins personnels, la formation professionnelle et la réadaptation, les programmes éducatifs, l'assistance sociale, la protection du patient sur le plan financier, ou le logement ou le travail protégés.

Les formes physiques de traitement peuvent impliquer l'utilisation de psychotropes dans le but de modifier les symptômes et le comportement et de prévenir un nouvel accès de la maladie. Bien entendu, cette démarche exige un diagnostic soigné et exact, une évaluation du prognostic avec et sans médicament (ou avec un médicament de rechange), une évaluation en vue de prévoir l'éventuelle acceptation du patient, et une estimation des risques et dangers reliés à l'utilisation de ce médicament.

L'électrochoc est une autre forme de traitement physique. Bien que l'utilisation de ce traitement ait diminué au cours des dernières années, si on regarde ce traitement de façon responsable, il n'y a pas de doute que c'est un traitement efficace et sans danger pour certains patients.

Le traitement psychologique implique diverses formes de psychothérapie. La psychothérapie peut se faire sur une base individuelle, avec une famille, ou avec le patient en tant que membre d'un groupe. Le déroulement de la psychothérapie et les objectifs de la thérapie varient selon le psychiatre et son orientation théorique, et selon le patient, sa maladie, le stage de la maladie, et la disponibilité de toute forme particulière de psychothérapie. Il n'est pas rare qu'un psychiatre dirige son patient vers un autre thérapeute pratiquant une forme particulière de psychothérapie, qu'il garde ou non la responsabilité primaire du patient.

Voici quelques exemples qui aideront à clarifier cette information:

1) Un patient qui est en proie à des fantasmes et des hallucinations au moment de son admission à l'hôpital fera probablement l'objet d'entrevues psychothérapeutiques brèves. Ce patient peut difficilement faire la distinction entre la réalité et ce qui se passe au niveau psychique. Les entrevues visent un renforcement de la réalité. Le personnel infirmier poursuit ce même objectif au cours de la journée, par des contacts simples, encourageants, directifs et concrets avec le patient. Il est fort possible que ce patient fasse partie d'un groupe sous la responsabilité d'un ergothérapeute par exemple, où l'on insiste sur la concentration et sur l'effort requis pour effectuer une tâche réaliste et pratique.

2) Un patient qui manifeste la peur de sortir en public sera peut-être impliqué en tant qu'individu, ou comme membre d'un groupe, dans une analyse beaucoup plus approfondie du fondement de ses peurs et de leurs origines. Ce type de psychothérapie exploratoire et interactive est exigeant pour le patient, tant sur le plan intellectuel que sur le plan affectif.

3) Un patient âgé atteint de confusion et de désorientation pourra s'orienter correctement grâce aux instructions verbales simples, transmises par le personnel infirmier et médical. Il faut aussi étiqueter clairement la chambre ou le lit du patient et lui fournir des calendriers et des pendules de grande taille. La participation au groupe se fait sous forme de discussions concrètes, et de contacts sociaux simples et structurés avec d'autres. Si la déficience est plus grave, il pourra bénéficier de groupes de rééducation sensorielle.

Le traitement psychologique comprend aussi diverses formes de thérapie du comportement. Le psychiatre peut les pratiquer lui-même s'il se sent suffisamment expérimenté et s'il en a envie, ou il peut adresser le patient à un psychologue expérimenté.

Voici des exemples de thérapie comportementale:

Entraînement à la relaxation (soit en groupe soit individuellement)
Désensibilisation systématique
Intention paradoxale
Implosion

L'aspect social de la prise en charge d'un patient peut constituer un élément majeur ou mineur du traitement. Le rôle plus traditionnel du travailleur social est souvent d'une importance énorme, en raison de la nécessité de fournir une assistance financière, un logement protégé, et le développement de la socialisation et des habiletés professionnelles. Les travailleurs sociaux s'impliquent de plus en plus dans la thérapie en groupe ou en famille, et dans le counselling auprès des couples, et contribuent de façon significative aux soins du patient en utilisant ces modalités thérapeutiques.

Au cours des dernières années, les rôles thérapeutiques des autres professions comme l'ergothérapie, la thérapie par le jeu et l'économie familiale ont pris de l'ampleur, chacune reconnaissant aux autres leurs compétences respectives, propres à améliorer et hausser les soins aux patients.

(c) Spécialisations au sein de la profession

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, responsable des examens et de la certification en spécialisation médicale, ne reconnaît aucune sous-spécialité à la psychiatrie. Cependant, certains domaines ont suscité l'intérêt de psychiatres qui s'y consacrent plus ou moins à temps plein. Ces domaines comprennent la psychanalyse, la psychiatrie auprès des enfants et des adolescents; et la psychiatrie médico-légale, gériatrique, de relations interpersonnelles, et d'administration. Il est évident que l'expertise clinique requise pour la psychiatrie infantile, gériatrique ou médico-légale varie de l'expertise requise pour la psychiatrie générale auprès des adultes. Par conséquent, la plupart des psychiatres oeuvrant dans ces domaines ont une formation et/ou des compétences additionnelles.

IV. DROITS ET RESPONSABILITÉS

(a) Autonomie nécessaire à la profession

Les psychiatres sont des spécialistes médicaux et détiennent un certificat accordé par la province d'exercice en vertu d'une loi provinciale. Ils sont également autorisés à exercer leur profession. L'autonomie varie selon le type de milieu dans lequel le psychiatre travaille. Si c'est un bureau privé, il y a peu de restrictions, pourvu qu'il pratique à l'intérieur des cadres professionnels, éthiques et légaux imposés.

Dans un hôpital général ou médical, les règlements institutionnels établissent certaines relations, responsabilités et obligations; on retrouve des restrictions semblables en milieu universitaire. Mais contrairement à beaucoup d'autres professionnels de la santé, le psychiatre est en droit d'exploiter sa propre pratique indépendante, et il n'est pas tenu d'être à l'emploi d'une société ou d'un bureau. Puisqu'il y a pénurie de psychiatres au Canada, il existe un large éventail de possibilités pour le "spécialiste nouvellement qualifié".

La nature même du travail du psychiatre - s'occuper de personnes atteintes de troubles psychiques - le met fréquemment en contact avec des personnes dont le jugement est atteint, et qui fonctionnent sous de fausses croyances. Ces personnes peuvent constituer un danger tant pour elles-mêmes que pour les autres, et doivent être soignées malgré leur refus de tout traitement. Chaque province a ses propres lois relatives à ce problème, lesquelles décrivent les droits des personnes atteintes de maladies mentales et les circonstances dans lesquelles on peut administrer un traitement contre le gré du patient. Depuis quelques années, cette situation entraîne des conflits entre les personnes qui désirent apporter un traitement aux individus souffrant de troubles psychiques, et celles qui désirent protéger les droits de l'individu qui refuse un traitement.

Plusieurs recours s'offrent au patient qui est insatisfait. Bien entendu, il peut se plaindre au psychiatre traitant. Contrairement à la croyance populaire, le psychiatre ne lit pas dans la pensée des gens et, si des problèmes mineurs sont abordés ouvertement, on peut souvent les régler facilement. De façon plus officielle, le patient peut porter plainte auprès de la corporation provinciale qui entreprendra les investigations qu'elle juge nécessaires, compte tenu de la nature et de la spécificité de la plainte. Si elle est justifiée, une plainte sérieuse peut entraîner la suspension ou la révocation du permis d'exercice du psychiatre en question. La plainte peut aussi être adressée à la direction de l'hôpital ou de la clinique où le patient prétend avoir subi le mauvais traitement.

En ce qui concerne le patient involontaire, une procédure est de rigueur dans chaque province en vertu de laquelle le patient peut en appeler de son état d'internement.

(b) Systèmes de consultation

En tant que médecin, le psychiatre utilise les méthodes médicales conventionnelles de consultation. Ainsi, bien des patients lui sont adressés par leur médecin de famille, ou par un autre spécialiste. De plus, en cas de situation urgente, le patient peut obtenir une opinion psychiatrique par l'entremise du service d'urgence d'un hôpital. Les psychiatres qui travaillent dans des cliniques du secteur public acceptent des patients dans le cadre des systèmes habituels de consultation. Beaucoup de psychiatres n'acceptent pas les patients qui viennent consulter de leur propre chef, et certains refusent les consultations venant de professionnels non médicaux.

On retrouve souvent des psychiatres au sein du personnel d'organismes sociaux comme les ministères provinciaux des affaires sociales, les organismes de protection et d'aide auprès de la jeunesse, les corps policiers, les prisons, les écoles, et les programmes de traitement de l'alcoolisme.

Les consultations adressées par des psychiatres aux autres médecins sont fréquentes.

Dans une clinique ou un hôpital, le psychiatre dirige souvent ses patients vers d'autres professionnels en vue d'obtenir divers services d'évaluation, de traitement ou de réadaptation. Il se peut qu'il ait besoin d'un service spécial (par exemple, une forme particulière de test

psychologique) ou que ces professionnels fassent partie de l'équipe de traitement. D'habitude, c'est le psychiatre qui amorce ces consultations. Dans la plupart des juridictions, il est considéré comme la personne responsable du traitement, et même si plusieurs autres catégories de personnel s'impliquent et assument des responsabilités auprès du patient, le psychiatre ne peut déléguer sa propre responsabilité primaire du patient.

Étant donné les complexités qui surgissent lorsque plusieurs organismes et individus s'impliquent auprès d'un patient, de nouveaux systèmes d'application du traitement ont été élaborés. Par exemple, on peut assigner la "prise en charge" du patient à une personne, habituellement non médicale, qui devient responsable de la coordination des divers aspects du traitement et de l'application des recommandations relatives à ce traitement.

V. EXPÉRIENCE SUBJECTIVE ET ATTENTES PROFESSIONNELLES

(a) Collaboration de la part des autres professions

La disponibilité des autres services professionnels varie énormément en fonction des milieux de travail. La plupart des établissements hospitaliers à vocation générale ou psychiatrique emploient des travailleurs sociaux et des psychologues. Plusieurs ont aussi des ergothérapeutes et des thérapeutes en loisirs, tandis que d'autres ont des services extra-muros comme des infirmières responsables des soins à domicile, entre autres. Plusieurs formes de traitement peuvent être offertes par le personnel à l'intérieur de l'établissement comme, par exemple, la thérapie auprès des couples et des familles, la modification du comportement, les programmes de thérapie en groupe et la thérapie par le travail. Normalement, ces disciplines n'ont pas une organisation très rigide et il arrive souvent qu'elles tirent avantage de l'empiètement des compétences d'une profession sur l'autre. Dans les grandes cliniques, on retrouve souvent des combinaisons semblables de programmes de traitement.

Cependant, il arrive souvent que le programme voulu ne soit pas offert à l'intérieur de l'établissement et qu'il faille prendre des arrangements avec un organisme de l'extérieur. Cette situation est particulièrement vraie lorsque le patient nécessite des services importants d'aide sociale comme, par exemple, le supplément au revenu ou le logement protégé.

(b) Zones de conflit

Les zones de conflit peuvent être nombreuses ou presque inexistantes. Dans une forte mesure, les conflits peuvent se manifester en raison de la personnalité des individus impliqués. Un respect réciproque pour les compétences et les forces des autres, et pour leurs responsabilités (qu'elles procèdent de la loi, de l'usage ou des politiques de l'organisation), peut contribuer énormément à éviter des conflits. Certaines personnes fonctionnent mal à l'intérieur d'une équipe et voient chaque décision comme étant un empiètement sur leur rang professionnel ou leur autonomie personnelle. Il est recommandé que ces personnes choisissent soigneusement leur milieu de travail en vue de garantir leur indépendance.

(c) Questions en suspens dans la profession

Depuis quelques années, la psychiatrie s'est consacrée à une réévaluation de son rôle. Pendant cette période, on a observé un accroissement des efforts visant à réintégrer la psychiatrie dans la médecine dont elle s'était éloignée. On s'est aussi penché sur l'application des résultats des recherches, aux diagnostics et aux traitements. Depuis le début des années soixante, devant le mouvement communautaire vers la santé mentale, la psychiatrie a aussi élargi son champ d'activité au-delà du traitement individuel et s'implique davantage auprès des organismes sociaux et des écoles. Les contestations concernant le rôle de la psychiatrie proviennent des autres professions comme la psychologie, et entraînent une trêve difficile dans certaines parties du pays, tandis que dans d'autres régions, la collaboration professionnelle est très bonne.

(d) Rôles et défis

La théorie et la pratique de la psychiatrie ont changé récemment et continueront à changer encore davantage. Ces changements engendrent des réactions dynamiques et stimulantes. La pénurie de psychiatres dans certaines régions du Canada fournit la possibilité d'explorer des débouchés qui ne se présentent pas dans une profession très encombrée. Cependant, cette même pénurie impose des exigences excessives aux psychiatres, entraînant un sentiment de frustration tant chez les psychiatres que chez les patients.

VI. SOURCES DE RENSEIGNEMENTS

Au Canada, environ 1 200 psychiatres exercent leur profession dans une diversité de circonstances professionnelles, y compris l'hôpital général, l'institution psychiatrique, la clinique communautaire, le bureau privé, la prison et le pénitencier, et l'enseignement dans un département universitaire. Au niveau national, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est l'agent de certification qui établit les examens et évalue les qualifications du personnel psychiatrique ayant reçu une formation à l'étranger. L'Association canadienne de psychiatrie est une organisation professionnelle pour les psychiatres, au niveau national. Les collèges provinciaux de médecins et chirurgiens sont responsables de la certification et de la règlementation au niveau provincial. Les programmes d'éducation médicale continue sont organisés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'Association canadienne et ses filiales provinciales, et les départements universitaires de psychiatrie à l'échelle du pays. Pour plus de renseignements sur les programmes de formation, le code de déontologie, les règlements et le reste, on peut s'adresser aux corporations professionnelles aux niveaux national et provincial.

Henry L. Jansen et John G. Paterson

I. DONNÉES HISTORIQUES ET MILIEUX DE TRAVAIL

(a) Historique

L'histoire de la psychologie remonte aux premiers philosophes grecs qui, dans une perspective de matérialisme critique et scientifique, s'interrogeaient sur l'origine des idées; étaient-elles innées ou découlaient-elles de l'expérience? Il y eut ensuite des tentatives philosophiques pour décrire les organismes vivants, leurs expériences subjectives, leurs réactions et leurs réflexes.

Alors qu'on peut retracer la première histoire de la psychologie à des origines philosophiques, la "nouvelle psychologie", c'est-à-dire la base expérimentale, remonte aux travaux expérimentaux de Wilhelm Wundt qui, en 1879, fondait à Leipzig en Allemagne le premier laboratoire de psychologie reconnu. Les progrès scientifiques en physiologie, en biologie et en qualification eurent un effet considérable sur l'évolution de la psychologie, d'abord en Europe puis en Amérique. Pour un compte-rendu détaillé des origines historiques de la psychologie, nous recommandons au lecteur de consulter Wertheimer (1979).

L'histoire de la psychologie professionnelle est plus intimement liée aux progrès dans le domaine de la psychologie clinique. Au lendemain de la Première Guerre mondiale, l'exercice de la psychologie prend rapidement de l'ampleur et préconise les systèmes de mesure et les différences individuelles, surtout lorsqu'il s'agit du placement des vétérans avant et après la guerre. Le souci toujours croissant pour la santé mentale incite les gouvernements à appuyer les programmes cliniques et entraîne la mise sur pied de cliniques et d'organismes de santé mentale aux États-Unis et au Canada.

(b) Programmes de formation

Les programmes en psychologie sont répartis en deux principaux domaines. En premier lieu, il y a les programmes qui reflètent les <u>influences directes</u> que subit l'individu et qui comprennent des cours sur: le counselling et la thérapie, l'évaluation psychopédagogique, et l'étude de la consultation auprès des enfants. Sur le plan théorique, on insiste sur la psychologie du développement, les théories de l'apprentissage, la modification du comportement, le counselling, et les cours de curriculum. En deuxième lieu, viennent les programmes dont les cours traitent des <u>influences indirectes</u> exercées sur l'individu. Ces cours donnent une formation qui fait usage de connaissances théoriques et d'une base expérimentale combinées. De plus, on donne à l'étudiant les moyens de recherche nécessaires aux processus décisionnels relatifs aux enfants et aux programmes individuels. Un troisième aspect des cours d'influence indirecte comprend des cours sur l'éthique et sur les problèmes professionnels (par exemple, le rapport entre l'enfant ou l'individu et le système ou la profession, et les consultations possibles). Les cours qui reflètent l'influence indirecte englobent la théorie organisationnelle, l'élaboration d'un curriculum, la formation des enseignants, et les stages de formation, de même que la statistique, les systèmes de mesure et des notions de recherche. Tous les programmes universitaires offrent un

choix d'études et de travauxpratiques de recherche en psychologie, en éducation et dans des domaines connexes. Ainsi, le psychologue peut, au choix, approfondir ses études au niveau des techniques d'intervention empruntées à la psychologie clinique; des modèles d'orientation professionnelle et de processus décisionnels; de l'organisation et de l'analyse des systèmes; de l'intervention en cas de crise; de l'éducation affective; des méthodes de consultation; et d'un large éventail de connaissances et de compétences dans le domaine de la recherche (reliées aux domaines de la drogue, aux facteurs socio-politiques et, actuellement, à la neuropsychologie et à la médecine comportementale).

Les programmes de formation sont tombés ou se sont développés en fonction des subventions gouvernementales et spéciales disponibles. La plupart des programmes de formation reflètent notamment les normes de pratique établies par les gouvernements et les associations de psychologie aux niveaux provincial et national. En exigeant un contenu et une pratique répondant à des normes de compétence professionnelle acceptées, on peut garantir un minimum de protection pour le public. Dans la plupart des cas, les programmes de formation universitaire encouragent aussi la collaboration interdisciplinaire chaque fois que c'est possible.

On a peu publié sur la nature et l'ampleur des programmes de formation en psychologie. Plus de 60 universités offrent des programmes de baccalauréat en psychologie, et plus de la moitié offrent la maîtrise ou le doctorat. De plus, neuf universités offrent actuellement des programmes en psychologie clinique, communautaire et scolaire (Paananen et Janzen, 1980). En 1966, le Canada comptait environ 1 600 psychologues - ces chiffres ont plus que doublé aujourd'hui. L'Alberta, par exemple, reflète bien cette expansion, ayant 859 psychologues accrédités et des programmes universitaires offrant des cours en développement de l'enfant, en motivation, en perception sensorielle, en apprentissage, en comportement atypique, en socialisation et en méthodologie de la recherche.

La plupart des universités préconisent une approche multidisciplinaire et une formation du type scientifique-praticien pour les psychologues qui exercent leur profession.

(c) Milieux de travail

En règle générale, les psychologues sont employés par des collèges et des universités; des organismes gouvernementaux aux niveaux provincial, fédéral et municipal; des écoles; les domaines des affaires et de l'industrie; des cliniques, des hôpitaux et d'autres organismes sans but lucratif; ou encore ils travaillent à leur propre compte; et dans des agences de placement. Dans le contexte de la psychologie appliquée, plusieurs psychologues cliniciens et consultants enseignent dans les universités, ou travaillent pour des organismes ou des institutions (comme des institutions psychiatriques). Les psychologues de l'éducation travaillent habituellement dans un collège ou une université. Le psychologue scolaire oeuvre habituellement au sein d'un système scolaire. Plusieurs psychologues en milieu industriel ou administratif agissent en tant que consultant auprès de sociétés industrielles ou commerciales (pour des questions de sélection du personnel, de productivité et de morale); d'autres étudient les effets du travail en milieu industriel. Le psychologue expérimental qui se consacre à la recherche pure dans divers domaines est habituellement employé par un collège ou une université, ses recherches étant subventionnées par l'institution, par un organisme privé ou par le gouvernement. On retrouve de plus en plus de psychologues à l'emploi d'organismes privés et publics, et s'occupant de l'élaboration et de l'évaluation de programmes, de consultation et d'organisation communautaires, et d'administration de services d'entraide.

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES PROPRES À LA PROFESSION

(a) Matières de base

Les matières de base comprennent: la psychologie expérimentale (psychologie physiologique - étude de la base physique du comportement); la perception (comment les organismes vivants reçoivent et interprètent les renseignements sur leur environnement); et l'apprentissage (comment le comportement des humains et des animaux est modifié par les expériences). D'autres matières de base en psychologie théorique comprennent: la personnalité (caractéristiques comportementales des individus); la psychologie sociale (comment le comportement d'un individu influence le comportement des autres et est à son tour influencé); et la psychologie du développement (comment le comportement change avec l'âge).

(b) Matières spécialisées

On retrouve souvent les sujets plus spécialisés dans les domaines de la psychologie appliquée. Ce sont la psychologie pédagogique, la psychologie clinique, la psychologie du counseling, la psychologie industrielle et la psychologie scolaire.

La psychologie pédagogique concerne la mesure; le comportement et l'apprentissage dans la classe; le développement chez l'enfant; et la santé mentale - chacun en fonction de son application aux problèmes qu'éprouvent les professeurs. La psychologie clinique applique les techniques, les méthodes et les connaissances psychologiques au traitement des troubles psychologiques. Les activités des psychologues cliniciens oeuvrant dans les cliniques, les hôpitaux psychiatriques et la pratique privée, ressemblent souvent aux activités des psychiatres. Les deux professions sont fréquemment appelées à travailler ensemble en étroite collaboration. Il existe cependant deux différences importantes au niveau de la formation des psychiatres et des psychologues cliniciens. En premier lieu, bien que les deux reçoivent une formation post-universitaire sur le traitement des maladies mentales, leurs études de spécialisation diffèrent. Normalement, le psychologue clinicien est titulaire d'un PhD ou d'un autre grade avancé en psychologie. Le psychiatre est porteur d'un doctorat en médecine. En tant que médecin, le psychiatre utilise souvent des procédés strictement médicaux impliquant l'emploi de médicaments. Le psychologue clinicien est un spécialiste des méthodes comportementales de l'évaluation en profondeur et de la psychothérapie.

La psychologie du counselling utilise des méthodes de mesure psychologique et d'autres techniques dans le but d'aider les gens à résoudre un type relativement normal de problème personnel. Par exemple, le conseiller en orientation utilise des tests pour évaluer les habiletés et les intérêts de l'individu, en vue de l'aider à trouver une carrière avec un bon potentiel de réussite. Les psychologues en counselling travaillent dans les écoles, l'industrie et les organismes de services sociaux.

La psychologie scolaire, un segment spécialisé de la pratique en psychologie, s'occupe de solutionner des problèmes pédagogiques. Elle englobe non seulement une compréhension fondamentale de la psychologie de l'individu (développement de l'enfant, psychopathologie, développement intellectuel, apprentissage et techniques d'évaluation individuelles), mais aussi la connaissance des écoles et du système social.

(c) La psychologie et les autres sciences

La psychologie est étroitement liée aux sciences biologiques et sociales. Les sciences biologiques les plus apparentées à la psychologie sont la physiologie, la neurologie, la génétique et l'embryologie. De la même façon, la sociologie fournit des concepts permettant de comprendre les caractéristiques des structures et du fonctionnement d'un groupe (plutôt que les expériences ou les motifs individuels de ses membres).

(d) Recherches à la base des méthodes cliniques

Alors que la psychologie générale considère davantage l'expérience en laboratoire comme étant le modèle le plus approprié à la recherche, la psychologie clinique compte sur des méthodes d'observation et de corrélation ou sur l'étude de cas cliniques. Cela ne veut pas dire que les psychologues cliniques/professionnels n'utilisent pas les méthodes expérimentales, mais plutôt que les méthodes expérimentales impliquant la manipulation de variables indépendantes et dépendantes sont souvent impossibles à utiliser dans un contexte thérapeutique.

Quelle que soit l'approche utilisée, la base de recherches du psychologue professionnel vise à comprendre ou à expliquer le concept en question, à le classer ou le qualifier et, dans la mesure du possible, à fournir une base sur laquelle des prévisions peuvent être formulées, avec l'espoir que ces prévisions entraîneront un élément de contrôle et la modification du comportement.

La recherche en psychologie professionnelle (approche expérimentale, de corrélation ou d'étude de cas) possède une riche tradition remontant au travail expérimental d'hommes comme Wundt, G. Stanley-Hall, James McKeen Cattell, Eysenck et al et, plus récemment, de chercheurs canadiens comme Meichenbaum. Il existe toujours des problèmes sur le plan du contrôle des variables en situation, de l'exactitude avec laquelle les variables des critères sont définies ou évaluées, et de l'efficacité des modes de traitement. En tant que science relativement nouvelle, la psychologie est en train de rassembler une abondante base de connaissances. Pour plus de renseignements concernant les recherches relatives à la psychologie professionnelle, nous recommandons au lecteur de consulter Phares (1979) et Woman (1965).

Il n'est pas facile d'agencer la théorie et la recherche en une base conceptuelle concise et, dans un espace limité comme celui-ci, c'est impossible. Il est recommandé de consulter la base conceptuelle élaborée par Korchin (1976). Sa conception organise la théorie et la recherche en six domaines principaux: la perspective de la motivation, le point de vue structural, la perspective du développement, le point de vue de l'adaptation, la perspective écologique et la perspective biologique.

La perspective de motivation permet de comprendre les motivations primaires et secondaires et leur effet sur le comportement. On étudie les rapports entre les états physiques et les états affectifs. Le point de vue structural conceptualise l'idée du moi et ses fonctions d'exécution. Dans cette perspective, des hommes comme Freud, Erikson et Allport se sont particulièrement intéressés au "sens d'identité" de la personne, une étude du moi en tant que centre de la réalité vécue. Piaget and Werner sont les deux plus éminents théoriciens du développement. Dans cette perspective, l'étude, l'observation et l'analyse des changements au niveau de la perception, de la cognition, des émotions et de la personnalité aident à caractériser la différentiation psychologique. De plus, l'intervention clinique est adaptée au niveau de développement du patient. Le point de vue de l'adaptation conceptualise le dysfonctionnement de la personnalité et la maladie mentale à partir d'une situation de désarroi ou de stress. La recherche dans ce domaine se concentre sur

les ressources que la personne développe pour venir à bout des changements et du stress dans sa vie, et aussi sur les moyens de défense qu'elle utilise. La perspective écologique est une base conceptuelle plus récente. Dans ce domaine, la recherche est centrée sur l'adaptation humaine et les relations inter/intrapersonnelles au sein de l'environnement social. Comme l'indique Korchin (1979), les chercheurs écologiques sont davantage préoccupés par les "autres 23 heures" du vécu de la personne. Enfin, la perspective biologique étudie le comportement et son rapport avec le fonctionnement cérébral.

Chacune des perspectives apporte sa propre compréhension de l'individu. Les recherches dans chaque domaine contribuent à une compréhension globale de la personne. La compréhension de la condition humaine nécessite plus d'un point de vue.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES PROPRES À LA PROFESSION

(a) Méthodes diagnostiques générales

Le psychologue clinicien reçoit une formation unique dans les domaines de la recherche et des tests psychodiagnostiques. À l'aide de données fournies par des entrevues, par l'anamnèse et par des techniques objectives et projectives standardisées, le psychologue développe des déductions sur l'étiologie du comportement; les variables de complication; et le mode de traitement optimal.

Force nous est d'admettre que pour aider à "résoudre un problème personnel" il est essentiel de commencer par un diagnostic sûr. En tant que tel, c'est le premier pas fondamental vers l'intervention et un élément crucial du processus clinique. Chaque psychologue peut utiliser des méthodes, des procédures ou des tests différents pour cerner une réalité qui est propre au client et non au psychologue. Le psychologue du comportement, tout comme le psychologue analytique, évite les tests fondés sur des critères. Le psychologue d'orientation cognitive choisira peut-être d'utiliser des procédés fondés sur des normes et sur des critères. Le psychologue qui opte pour la perspective biologique examine les rapports cerveau-comportement à l'aide d'un vaste éventail de tests à base empirique et de tests fondés sur des critères. Tous utilisent l'anamnèse, l'observation et les rapports anecdotiques.

Le processus diagnostique général passe par quatre étapes majeures: (1) comprendre clairement la nature du problème existant; (2) obtenir une anamnèse détaillée; (3) administrer une gamme de tests psychologiques et rédiger une observation et (4) analyser les résultats et formuler des hypothèses et des modalités d'intervention. Les résultats sont ensuite communiqués au client et l'on discute des décisions concernant la marche à suivre.

L'objectif d'un diagnostic est de nature différentielle, c'est-à-dire qu'il exclut certains problèmes et en inclut d'autres. Les cas sont étudiés individuellement. Des données comparatives, fondées sur des critères, servent à déterminer la gravité du problème de chaque client en particulier. Des données fondées sur des normes sont utilisées comme base scientifique pour la classification et l'analyse statistique des données.

(b) Méthodes et traitement cliniques

Les psychologues professionnels n'utilisent pas toujours les tests psychologiques officiels. Cependant, tous pratiquent une méthode clinique standard qui consiste à utiliser les observations

et les données en situation, recueillies pendant l'interview ou les séances de counselling. Dans tous les cas, le psychologue consulte d'autres professionnels dans le but d'approfondir l'évaluation, de classifier et d'établir un programme de traitement efficace.

Le psychologue est formé à plusieurs techniques de traitement, mais il peut choisir de se spécialiser dans une seule ou dans plusieurs de ces techniques. Ainsi, un psychologue peut pratiquer la thérapie individuelle, la thérapie en groupe, la relaxation progressive et l'hypnose, le biofeedback, la thérapie par l'art, la thérapie par la danse/musique, la bibliothérapie, la thérapie de réadaptation, et l'analyse transactionnelle.

(c) Spécialisation des compétences diagnostiques et cliniques

C'est la nature du milieu de travail qui détermine les exigences quant aux compétences spécialisées requises. Par exemple, le psychologue pédagogique utilise des méthodes qui conviennent à un système scolaire. Le psychologue industriel est spécialisé en matière de sélection du personnel, de changement d'attitude, et de technique d'enquête. Le psychologue en milieu hospitalier est versé dans les diagnostics au niveau de la personnalité et de l'organisme.

Les programmes de traitement et le mode de traitement peuvent aussi varier selon la spécialisation. Par exemple, en psychologie du counselling, le thérapeute peut pratiquer la consultation individuelle ou en groupe, la thérapie auprès de la famille et des couples, ou l'évaluation éducationnelle.

Le psychologue oeuvrant en expertise médico-légale, en correctionnelle, et dans le système judiciaire auprès de la jeunesse, effectue des évaluations intellectuelles et psychopathologiques et définit les besoins en matière d'éducation et les capacités intellectuelles. Ses fonctions comprennent le choix des tests, la surveillance des tests en groupe, le pointage et l'interprétation. Les évaluations psychologiques servent aussi aux décisions de sorties, et sont habituellement destinées à une commission de liberté conditionnelle. De plus, le psychologue doit préciser les objectifs du traitement psychothérapeutique, et démontrer que celui-ci favorise l'adaptation au milieu institutionnel et à la société en général.

Evidemment, le champ d'action des psychologues professionnels s'étend bien au-delà des tribunaux. L'hôpital traditionnel en milieu clinique représente encore la principale responsabilité de nombreux cliniciens quant au diagnostic et au traitement. Plus récemment, les psychologues se dirigent en plus grand nombre vers les écoles, les organismes de services communautaires et la pratique privée.

Les compétences spécialisées des psychologues les ont rapidement entraînés dans d'autres milieux, le complexe industriel étant un des plus récents. En plus d'utiliser les services des psychologues pour les aspects relatifs à l'ergonomie, le milieu industriel consulte le psychologue lorsqu'il s'agit de sélection, de promotion et de pratique dans le domaine administratif. Le psychologue en milieu industriel doit avoir les compétences requises pour recommander des politiques ou des procédures visant à corriger les problèmes relatifs aux gens et à leur emploi dans le domaine des relations industrielles.

Bien que les méthodes cliniques et diagnostiques générales et les programmes de traitement soient les mêmes quel que soit le milieu, des modalités de traitement et des techniques cliniques spécifiques ont été élaborées pour les milieux extrêmement spécialisés.

IV. DROITS ET RESPONSABILITÉS DE LA PROFESSION

(a) Autonomie nécessaire au fonctionnement optimal

Bien que la psychologie soit aujourd'hui reconnue dans toutes les régions du monde, on s'inquiète de plus en plus, surtout au Canada, du fait que les psychologues n'aient pas encore atteint le rang qu'ils croient mériter en tant que groupe professionnel autonome avec ses propres règlements. Il n'existe aucune loi au Canada accordant à la psychologie un pouvoir réglementaire relatif à la pratique de la profession.

Dans la plupart des provinces canadiennes, la loi visant la psychologie protège uniquement le titre professionnel et non les activités pratiquées. Il semble que n'importe qui peut faire exactement la même chose que le psychologue, en autant qu'il ne se désigne pas comme étant "psychologue". Néanmoins, grâce à l'accroissement des normes d'exercice et à la hausse des niveaux de formation théorique et professionnelle, la psychologie est reconnue par les milieux médical, scolaire et des services sociaux.

(b) Système de consultations

Une des fonctions importantes du psychologue est de maintenir une communication efficace avec diverse organisations communautaires, des hôpitaux et professionnels. Plusieurs des rôles du psychologue empiètent sur ceux des spécialistes dans d'autres domaines. Vu la forte demande pour des psychologues, il était extrêmement tentant d'essayer de développer des aptitudes dans plusieurs domaines (pas nécessairement au niveau de la compétence). C'est en raison de la demande, de la pression et de facteurs sociopolitiques, que le rôle du psychologue et la nature de la prestation de ses services sont nécessairement devenus interdisciplinaires. Ainsi, à l'heure actuelle, les psychologues sont souvent appelés à orienter des cas vers diverses spécialités médicales, les corps policiers ou les agents de liberté surveillée, les organismes de protection de la jeunesse, les organismes d'hygiène publique, des praticiens en pratique privée, des psychoéducateurs et des organismes de services aux familles. On ne peut douter des avantages que constitue l'approche interdisciplinaire lorsqu'il s'agit d'une prestation plus appropriée des services. La nature de la consultation est conditionnelle à l'évaluation initiale du psychologue, à l'examen du problème existant, et aux disciplines requises pour en arriver à un diagnostic et un programme de traitement efficaces. La nature du problème peut aussi déterminer la composition de l'équipe interdisciplinaire. Bien que les données empiriques soient insuffisantes pour démontrer l'efficacité d'une équipe lorsqu'il s'agit de cerner le problème de façon plus précise, il semble logique que l'apport de données venant de diverses sources ne puisse que favoriser une définition puisse plus claire des facteurs qui influencent le problème soumis à la consultation. L'avantage d'un système de consultation efficace provient du fait que les observations viennent de différents domaines et sont formulées indépendamment les unes des autres, offrant ainsi un taux de fiabilité beaucoup plus élevé au niveau de l'évaluation du problème.

La nature du système de consultations dépend du milieu de travail du psychologue. Par exemple, dans un hôpital ou un organisme, le service psychologique n'est qu'une branche de l'approche multidisciplinaire utilisée pour le diagnostic et le traitement. Les membres des autres disciplines sont facilement disponibles et s'impliquent automatiquement dans les cas. Dans le milieu privé, scolaire et industriel, l'accès aux autres disciplines n'est peut-être pas si aisé, et le psychologue doit se fier à sa propre initiative en matière de consultation et de suivi. Il y a

sans doute des situations où le psychologue est impliqué seul dans le processus décisionnel et le traitement, mais ces situations sont de plus en plus rares.

L'efficacité et l'impact du système de consultations auquel participe le psychologue dépendront de facteurs comme les aspects de la communication, les qualités personnelles du psychologue, et les stratégies utilisées pour résoudre les problèmes de façon efficace. Le modèle interdisciplinaire de collaboration et de consultation n'est pas nouveau, mais il oblige le psychologue à abandonner certains rôles anciens et à en adopter de nouveaux. Par-dessus tout, il contribue à soulager les épaules du psychologue de la responsabilité décisionnelle primaire, et à la confier en tant que problème commun à l'équipe impliquée dans la prestation des services. Étant donné la nature hautement confidentielle des renseignements et les implications légales et éthiques, le système efficace de liaison et de consultation est une fonction professionnelle qui exige beaucoup de tact et d'habileté personnelle.

V. EXPÉRIENCES SUBJECTIVES - ATTENTES PROFESSIONNELLES

(a) Collaboration interprofessionnelle

Les sciences qui s'engagent dans l'exploration des causes et des effets du comportement humain ne sont pas toujours précises. Par conséquent, on peut s'attendre à trouver chez les professions participantes des domaines d'expertise spécifique d'une part, et de l'empiètement au niveau de la formation et des connaissances d'autre part. Il existe peu de problèmes humains qui soient traités plus efficacement par les seuls efforts d'un psychologue. L'attitude d'une profession "protégeant ses droits territoriaux" est immorale et inexcusable quand d'autres domaines possèdent les données de recherche pouvant éclairer un problème particulier.

La nature de l'assistance recherchée par le psychologue varie selon le milieu de traitement. Traditionnellement, les psychologues ont administré et interprété des tests psychologiques; et en milieu médical, ils ne sont qu'une des sources de données nécessaires à l'équipe de traitement. Évidemment, l'équipe de traitement est aux prises avec le concept des domaines primaire et secondaire du problème lorsqu'elle cherche à déterminer quel professionnel est le mieux placé pour agir en tant que "coordonnateur de cas" ou "agent primaire" dans une situation en particulier.

La diversité des sources de données est préférable et nécessaire dans la plupart des milieux de traitement, quel que soit le professionnel responsable du cas. En milieu hospitalier, le praticien médical obtient diverses opinions professionnelles avant de déterminer les étapes du traitement. Dans certains cas, le psychologue fournit des données pertinentes; dans d'autres cas, on coordonne les efforts de plusieurs professionnels. Il en va de même pour d'autres professionnels; les orthophonistes et les audiologistes, les travailleurs sociaux, les infirmières et les ergothérapeutes, entre autres. Le psychologue ne peut pas, par exemple, établir un diagnostic médical ou prescrire un médicament. Dans ce cas, il est clair que ces décisions relèvent de la profession médicale. Les prérogatives professionnelles ne sont pas toujours définies aussi clairement. Néanmoins, la contribution des autres professionnels est toute aussi importante. Nous avons besoin des orthophonistes et des audiologistes pour aider les clients atteints de troubles de la communication. Nous avons besoin des compétences des travailleurs sociaux en matière de cas sociaux et de travail en groupe. Les infirmières peuvent aider nos patients tant de façon traditionnelle que non traditionnelle. Idéalement, l'empiètement de la formation signifie tout simplement que les rôles professionnels ne sont pas toujours identiques, et que la jalousie et les conflits professionnels n'ont pas leur raison d'être.

(b) Zones potentielles de conflit

Qui est en charge? Voilà probablement la question la plus explosive dans la documentation sur la réadaptation. Parfois la réponse est simple; souvent elle est compliquée. Dans un milieu hospitalier, le praticien médical est habituellement le premier responsable des soins du patient. En milieu scolaire, le directeur de l'école se charge de la responsabilité du développement pédagogique des étudiants. Normalement, responsabilité suppose autorité.

Cependant, même ces deux domaines ont connu des mésaventures. La plupart des lecteurs se souviendront d'au moins une situation où un psychiatre prescrivait un programme pédagogique particulier, ou qu'un psychologue conseillait un traitement médical. Heureusement, ces cas sont rares et proviennent de malentendus ou de mauvais jugements de la part d'individus au sein d'une profession. Dans la plupart des cas, la décision finale relève du professionnel chargé de la responsabilité primaire d'un client, d'un patient ou d'un étudiant.

Dans d'autres domaines, la question est plus compliquée. Puisque les organismes de santé mentale partagent souvent les responsabilités, l'autorité est divisée; c'est souvent une source potentielle de conflit. Les patients consultent souvent plus d'un professionnel pour obtenir des conseils; cette situation peut être nuisible au client de deux façons. Les conseils contradictoires peuvent engendrer des ennuis ou des problèmes sérieux pour le client. Plus fréquemment, les membres de différentes disciplines agissent en tant que consultants, mais aucune décision ferme n'est prise. À nouveau, ce peut être une source de soucis mineurs ou de difficultés sérieuses pour le client.

De plus, les temps changent. L'introduction de nouveaux services peut être une source potentielle de conflits. Dans les régions rurales, les résidents consultent encore les professeurs pour des problèmes reliés à l'impôt; et les infirmières en hygiène publique ont peut-être travaillé sur des troubles de la communication pendant des années avant l'avènement des cliniciens du langage, de la parole et de l'audition. Puisque l'introduction de nouveaux services peut représenter une menace pour les praticiens établis, le psychologue, en tant que professionnel relativement nouveau dans le domaine de la pratique privée, doit fournir plus qu'un semblant d'effort pour collaborer avec les professionnels déjà établis en vue d'offrir des services plus efficaces aux patients et aux clients.

Le simple manque de connaissance ou de compréhension face aux différentes disciplines est une autre zone potentielle de conflit et, comme dans plusieurs autres domaines, la sensibilisation peut être un facteur clé dans la prévention de frictions inutiles.

(c) Questions en suspens dans la profession

La question professionnelle la plus importante en psychologie est probablement le taux de croissance de la profession. Depuis le début des années cinquante, la popularité des méthodes de traitement préconisées par les géants de notre profession comme Carl Rogers, Albert Ellis, B.F. Skinner et Fritz Perls, provoque un accroissement prodigieux du nombre de psychologues et de programmes de formation accrédités. L'augmentation rapide de l'effectif crée des problèmes entre les disciplines au sein de la psychologie, et entre la psychologie et les autres professions soignantes.

De plus, le psychologue n'est pas identifié aussi facilement que bien d'autres types de professionnels. Comme nous l'avons déjà mentionné, la psychologie est une discipline aussi bien qu'une

profession. Une proportion élevée de psychologues diplômés occupent des postes dans l'enseignement ou la recherche, de sorte qu'il est difficile de présenter une image unifiée au public. En outre, les spécialités en psychologie changent elles aussi; le psychologue clinicien traditionnel est maintenant placé dans une situation de compétition avec de nouvelles applications de la profession dans des domaines comme la psychologie scolaire, la neuropsychologie, la psychologie du counselling, et la psychologie de réadaptation.

Enfin, la question de la formation, et partant, de la certification est toujours d'actualité dans notre profession. Les normes de certification varient énormément entre les provinces canadiennes et entre les États américains. Le public et les autres groupes professionnels ne sont pas tout à fait sûrs de la signification du terme psychologue professionnel. Il va sans dire que ces questions sont vigoureusement débattues au sein de la profession. Néanmoins, elles restent des questions en suspens.

(d) Opinions personnelles

Certaines des questions susmentionnées peuvent être considérées comme des forces aussi bien que des faiblesses de notre profession. De nos jours, les psychologues remplissent de nombreux rôles et responsabilités, et notre profession est en pleine croissance. C'est un défi passionnant et satisfaisant que de définir son rôle en rapport avec les autres professions et le public. De véritables percées ont récemment été accomplies au niveau du counselling en relations interpersonnelles, des moyens de communication, et de la neuropsychologie. La contribution des psychologues à l'accroissement des connaissances dans ces domaines est incommensurable. C'est une époque passionnante pour les membres de cette profession.

VI. SOURCES

(a) Structures de la profession

Le contrôle de la psychologie, comme pour toutes les autres professions au Canada, relève des juridictions provinciales. Les normes de formation en vue de la pratique professionnelle varient d'une province à l'autre. Dans certaines provinces, la maîtrise est un prérequis à la certification; dans d'autres, le doctorat est exigé. Le psychologue qui désire fournir des services au public doit être porteur d'un certificat. Chaque province canadienne et chaque État américain possède un type quelconque d'association professionnelle qui contrôle la pratique.

Néanmoins, les associations nationales de psychologie ont beaucoup d'influence lorsqu'il s'agit de déterminer les normes pour la profession. Au Canada en 1981, environ 3 000 psychologues étaient inscrits à l'Association des psychologues du Canada. Soixante pour cent des membres de ce groupe sont des hommes; et 40 pour cent, des femmes. Dans ces deux grandes divisions, on pratique la psychologie appliquée dans une proportion de 2:1 par rapport à la psychologie expérimentale.

La American Psychological Association (APA) compte 35 divisions. Les divisions ayant plus de 2 500 membres chacune sont: la psychologie clinique, la psychologie de la personnalité, la psychologie sociale, la psychothérapie, la psychologie du counselling, la psychologie générale, la psychologie pédagogique, la psychologie scolaire, et l'enseignement de la psychologie. En 1978, cette prestigieuse association comptait environ 50 000 membres à l'échelle de l'Amérique du Nord. Au sein de l'APA, la proportion d'hommes par rapport aux femmes est de 3:1.

(b) Sources de renseignements

Les associations locales, provinciales ou fédérales sont les meilleures sources de renseignements sur la psychologie. On peut obtenir des données sur les possibilités d'emploi et les programmes de formation en s'adressant aux associations nationales. Notons que beaucoup de psychologues sont membres d'associations professionnelles et de groupes professionnels connexes, comme la Canadian Guidance and Counselling Association ou la American Personnel and Guidance Association.

(c) Possibilités d'emploi

Les psychologues se partagent les renseignements concernant les possibilités d'emploi par le biais des revues et des conférences professionnelles. Les principaux employeurs de psychologues pratiquant la psychologie expérimentale et pédagogique sont les institutions pédagogiques au niveau post-secondaire, les organismes gouvernementaux, les organismes privés et les systèmes scolaires. Ceux qui pratiquent la psychologie appliquée travaillent dans des milieux médicaux ou psychiatriques, des établissements pénitentiaires, des centres d'éducation, ou dans une forme quelconque de pratique privée.

À l'heure actuelle, on constate une demande plus forte pour des psychologues au niveau du doctorat, à mesure que les programmes universitaires continuent à se développer et que les possibilités d'emploi se multiplient.

(d) Associations

1. Association des psychologues du Canada. 558 avenue King Edward, Ottawa, Ontario. K1N 7N6

2. Canadian Guidance and Counselling Association. 651 Cumberland Avenue, Room 212, Ottawa, Ontario. K1N 6N5

3. American Personnel and Guidance Association. 1607 New Hampshire Avenue, Avenue, N.W., Washington, D.C. 20007

4. American Psychological Association. 1200 - 17 Street, N.W., Washington, D.C. 20036

BIBLIOGRAPHIE

1. KORCHIN SJ: Modern Clinical Psychology: Principals of Intervention in the Clinic and Community. Basic Books, New York, 1976

2. PAANANEN N, JANZEN HL: Survey of Canadian School Psychology Programs in Canada. School Psychology International 1980; 2: 14-16

3. PHARES EJ: Clinical Psychology: Concepts, Methods and Profession. The Dorsey Press, Homewood, Illinois, 1979

4. WERTHEIMER M: A Brief History of Psychology (Edition révisée) Holt Rinehart and Winston, New York, 1979

5. WOLMAN BB: Handbook of Clinical Psychology. McGraw Hill, New York, 1965

Chapitre 9 TRAVAIL SOCIAL*

Gayle Gilchrist James et Bryon M. Gero

I. DONNÉES HISTORIQUES ET MILIEUX DE TRAVAIL

(a) Historique

Le travail social remonte à l'antiquité et aux efforts d'entraide de l'humanité en périodes de dures épreuves comme la pauvreté, la peste et la maladie. Ces efforts débutent vers 2100 av. J.-C. Des hiéroglyphes sur les murs de tombeaux égyptiens démontrent les rois donnant des objets aux pauvres, et des fermiers égyptiens recevant des graines de semence en cas de mauvaise récolte (Conger, 1973).

Les expériences sociales se poursuivent dans un processus graduel de différenciation comprenant la charité, telle que pratiquée par les ordres monastiques (de 350 ap. J.-C. à nos jours); les lois régissant le mouvement des "mendiants de constitution saine" et le "droit de soulager ceux qui ne peuvent travailler pour subvenir à leurs besoins" (première loi anglaise sur la pauvreté, 1388 ap. J.-C.); l'établissement des "hôpitaux" (hospices, orphelinats et maisons de formation -- 1520 ap. J.-C.); les "officiers de l'assistance sociale" (des fonctionnaires qui administrent l'utilisation des fonds fiscaux pour soulager les pauvres -- Angleterre, 1572 ap. J.-C.); la loi élisabéthaine sur la pauvreté, promulguée en 1601 ap. J.-C. en vue d'établir des catégories de bénéficiaires -- il en existe des traces encore aujourd'hui dans les lois canadiennes et américaines -- et décrivant implicitement les pauvres comme étant "méritants" ou "non méritants"; les importants programmes et politiques publics et privés des dix-neuvième et vingtième siècles (assurance-maladie en 1884 dans l'Allemagne de Bismark et son indemnisation des accidentés du travail de 1885, de même que ses régimes d'assurance couvrant la vieillesse et l'invalidité dès 1889; les allocations familiales qui débutent en France en 1918; les pensions de vieillesse instituées en 1908 et l'assurance-maladie obligatoire en 1911 en Grande-Bretagne; la Société pour la protection de la jeunesse qui débute à New York en 1853 et la cour juvénile de Chicago en 1898 (Conger, 1973).

À mesure que la "charité" se déplace d'une égide religieuse vers l'égide séculière et que se développe notre compréhension de l'évolution de la société et de l'humanité, il devient évident qu'il faut un personnel ayant des compétences dépassant la "bonne volonté". Cette prise de conscience graduelle entraîne la mise en oeuvre de la profession que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de "travail social". Les bénévoles ne peuvent plus répondre complètement aux exigences en matière de services et, ainsi, les premiers travailleurs à être rémunérés pour un travail de charité, c'est-à-dire les travailleurs sociaux, sont employés en Amérique et en Angleterre en 1890. Contrairement à la croyance populaire, ce ne sont pas tous des femmes:

---

* Réviseur de ce chapitre: Richard F. Ramsay, doyen-adjoint, Faculty of Social Welfare, University of Calgary; et membre du conseil de direction de l'Association canadienne des travailleurs sociaux.

"Des jeunes diplômés brillants de l'Université Harvard font carrière dans le travail de charité; tout comme des hommes d'un âge assez avancé ... Le tact et la sympathie des femmes sont hautement prisés lors des visites de bénévoles et beaucoup de femmes qui commencent en tant que bénévoles restent et deviennent des travailleurs sociaux rémunérés".

Conger 1973

C'est à peu près à cette même période dans la formation des travailleurs sociaux qu'on passe d'un modèle fondé sur les stages de formation pratique dans des organismes sociaux à la formation en milieu universitaire.

Au moment de la fondation de l'Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS) en 1926, les travailleurs sociaux qui exercent à l'échelle du Canada adhèrent à l'Association en tant que membres individuels. Depuis 1975, l'Association s'est fédérée en onze associations provinciales et territoriales; elle représente environ 8000 travailleurs sociaux à travers le pays.

(b) Programmes de formation

La première école de travail social est fondée à Amsterdam en 1899.

Sur le continent nord-américain, la première séance d'été en travail social est offerte aux États-Unis en 1896; le premier programme de formation en travail social d'une durée de huit mois est offert en 1904, et la première école canadienne débute à l'Université de Toronto en 1914.

Le Canada compte aujourd'hui 26 écoles, facultés et départements connus sous les noms de "écoles accréditées", ou "membres provisoires" de par leur affiliation à l'Association canadienne des écoles de travail social (ACETS), l'organisme de normalisation à l'échelle nationale. Fondée en 1967, l'ACETS eut comme précurseur le Comité national des écoles de travail social, dont les débuts remontaient à 1948.

De plus, un niveau élevé de collaboration avec le Council on Social Work Education (CSWE) de New York permet l'accréditation des programmes des écoles canadiennes. L'établissement de normes et de critères canadiens visant l'accréditation survient avec l'inauguration de l'ACETS en tant qu'association bénévole nationale et sans but lucratif pour représenter les facultés, les écoles et les départements universitaires offrant l'enseignement professionnel en travail social. (ACETS, 1979). La collaboration et les relations qui existent depuis plus de 50 ans à l'échelle internationale entre les professeurs des programmes de formation en travail social, ont permis d'en arriver à un niveau d'accord remarquable sur les composantes d'un curriculum de base pour l'enseignement du travail social, où qu'il soit enseigné de par le monde. La plupart des écoles canadiennes de travail social offrent des programmes de baccalauréat et de maîtrise: le grade de baccalauréat en travail social (BTS), reconnu dans le domaine comme étant "le premier grade professionnel", et le grade de maîtrise en travail social (MTS). Seule, l'Université de Toronto offre un programme d'études menant au doctorat en travail social (DTS). Deux autres écoles se proposent d'offrir sous peu un doctorat en philosophie: la faculté de travail social de l'Université Wilfrid Laurier et la faculté de travail social de l'Université de Calgary.

Il existe aussi, dans les collèges communautaires et les cégeps, des programmes de formation en services sociaux menant à l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat. Les diplômés de ces

programmes, qui normalement durent deux ans, sont directement impliqués dans les services sociaux, habituellement sous la surveillance d'un travailleur social qui a reçu une formation universitaire. Bien que ces programmes de formation ne possèdent pas habituellement de commission d'accréditation au niveau national ou international, la plupart ont des relations actives avec des écoles de travail social dans leurs régions afin de fournir une échelle d'enseignement professionnel aux personnes qui désirent poursuivre des études officielles en travail social.

En règle générale, le baccalauréat en travail social demande quatre ans d'études; la maîtrise exige un an ou deux d'études supplémentaires. Certains étudiants qui s'inscrivent au programme de baccalauréat ou de maîtrise en service social, ont déjà un diplôme au niveau du baccalauréat (habituellement un baccalauréat des arts avec spécialisation en sciences sociales), bien qu'il soit possible qu'on leur demande de faire un an d'études préprofessionnelles surtout lorsqu'il s'agit du programme de la maîtrise. Les programmes de doctorat canadiens ou américains exigent habituellement deux à trois ans en résidence, en plus d'une période de temps variable pour compléter la dissertation requise. La moyenne canadienne est de cinq ans à partir du début des études. Comme c'est le cas pour toutes les écoles professionnelles et à tous les niveaux de leurs programmes, l'élève qui désire s'inscrire au programme doit avoir de bons résultats scolaires (calculés en fonction des coefficients), démontrer certaines aptitudes personnelles et, si possible, avoir travaillé ou avoir une expérience considérable de bénévolat dans le domaine où il désire étudier.

(c) Milieux de travail

Les travailleurs sociaux en exercice travaillent dans divers milieux dont: les organismes d'aide à l'enfance; les foyers de groupe; les services de soins néonataux intensifs dans les hôpitaux de traitements actifs; les services de mise en liberté surveillée; les conseils de services d'entraide et de planification sociale; les secrétariats de politique et de planification au sein d'importants programmes sociaux aux niveaux provincial et fédéral; les organismes oeuvrant pour les réformes législatives et les droits de la personne; les conseils d'organismes ou de groupes de citoyens; les institutions pour handicapés physiques et psychiques; les services pour les personnes âgées; les centres de dépannage ou de consultation pour les jeunes; les institutions pédagogiques; le service du personnel de grandes entreprises et industries; et les organismes de traitement pour alcooliques et toxicomanes.

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES

Le travail social, tout comme les autres professions, n'a pas de "position privilégiée sur le marché des connaissances". Le travail social est unique de par la perspective dans laquelle il considère les problèmes des gens et les solutions à ces problèmes. Par conséquent, la sphère de connaissances requises pour le travail dans cette perspective est, elle aussi, unique. Les travailleurs sociaux voient les problèmes dans une perspective plus large, axée sur l'interrelation et l'interdépendance qui existent entre les individus et la société; ils croient que "les problèmes d'ordre privé" et "les questions d'ordre public" sont intimement liés. La base de connaissances est donc tirée de recherches concernant les individus et la société et, par-dessus tout, la relation dynamique entre les deux (où la théorie des systèmes universels est un principe clé).

(a) Matières de base

L'enseignement du travail social est généralement offert sous forme de programmes de baccalauréat "deux plus deux"; c'est-à-dire, un minimum de deux ans d'arts (libéraux) dans des domaines pertinents (psychologie, sociologie, anthropologie, sciences politiques et économiques), suivis de deux ans de matières spécialisées, fondées sur la perspective du travail social, à savoir que les individus et la société sont interdépendants.

Il existe un accord international concernant la base de connaissances du travail social; les matières de base sont: la croissance humaine et l'environnement social; la politique sociale; l'administration de l'aide sociale; la méthodologie et la planification en recherche; les stages d'entraînement ou les travaux pratiques sous surveillance; et des cours sur l'application et l'intégration de la base de connaissances apprises.

De plus, la plupart des programmes canadiens considèrent qu'un cours sur les entrevues et la communication doit être intégré au curriculum.

(b) Matières spécialisées

Les programmes au niveau de la maîtrise et du doctorat offrent la possibilité de se spécialiser dans un domaine en particulier (le travail avec des cas individuels, le travail en groupe, les politiques et l'administration, l'organisation communautaire et la recherche sont les formes traditionnelles), ou dans un domaine spécifique de pratique (aide à l'enfance, éducation et travail social -- services de travail social dans les écoles, gérontologie, travail social en milieu sanitaire), ou dans une méthodologie en particulier (thérapie auprès de la famille, modification du comportement, planification sociale, développement communautaire, surveillance).

(c) Base de recherches

L'importance de la recherche en travail social est évidente du fait que tous les étudiants sont tenus de terminer avec succès les cours sur la recherche à l'intérieur des cours d'arts libéraux et/ou des cours de base en travail social. L'objectif principal est d'habituer les travailleurs sociaux à être de bons consommateurs de la recherche et, de façon secondaire, de planifier et d'effectuer des études dans leur propre profession, appuyant ainsi la profession dans l'importance qu'elle accorde à l'évaluation, considérée comme étant une compétence de base dans toutes les formes de travail social. Le travail social utilise énormément d'information fournie par la psychologie et la sociologie. Il est donc important que les travailleurs sociaux soient en mesure d'évaluer la validité et la valeur des études dans ces domaines.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES

Le travail social comprend une composante généraliste et une composante spécialiste. Les objectifs, les fonctions, les centres d'intérêt, et les valeurs sont les mêmes pour toutes les formes de travail social, où qu'il soit pratiqué. De la même façon, la base de connaissances, les méthodes et les compétences font partie de toute la pratique, bien qu'elles diffèrent d'un milieu de travail à l'autre.

La spécialisation signifie qu'à partir de croyances, de buts, de centres d'intérêt et d'objectifs communs à toute la profession, un travailleur social décide de favoriser une fonction de base du travail social par rapport aux autres, de suivre une méthodologie en particulier (par exemple, la planification sociale ou la thérapie auprès des familles), ou de se consacrer à un domaine de pratique en particulier (pratique dans un milieu hospitalier ou sanitaire). Ainsi, la spécialisation (y compris "la pratique clinique") implique un engagement plus marqué pour un aspect particulier de la pratique du travail social, mais ne nie jamais la gamme complète de ses fonctions.

L'expression "compétences cliniques" n'est pas tout à fait appropriée au travail social puisque, en réalité, il s'agit plutôt des compétences du travail social utilisées dans un milieu "clinique", où le travailleur social oeuvre surtout auprès d'individus, de familles et de petits groupes, par opposition à des groupes plus nombreux, des institutions, des associations et des collectivités. Au cours des années soixante-dix, la recherche et la documentation relatives au travail social ont démontré que les compétences sont communes à tous les domaines de la pratique, et que toutes les fonctions du travailleur social sont intégrées.

(a) Fonctions du travail social

Le travail social comprend sept fonctions séparées (Pincus et Minahan, 1973). Bien que ces fonctions semblent être des entités séparées et distinctes, en réalité elles ne le sont pas. Il existe un degré élevé d'interaction et d'interdépendance entre ces fonctions et, considérées dans leur ensemble, elles représentent une entité plus importante que la simple totalité des parties. Bien que chaque fonction soit séparée et identifiable par elle-même, elle ne peut transmettre l'idée de la pratique globale; c'est l'ensemble des fonctions qui constitue la substance de la pratique du travail social.

Lorsque les travailleurs sociaux parlent des fonctions du travail social, ils utilisent souvent l'expression "systèmes de ressources". On peut diviser ces systèmes en trois catégories: la première est le "système officieux de ressources", concernant les réseaux de connexions qu'entretiennent la plupart des gens de notre culture, c'est-à-dire, les connexions et le réseau de soutien impliquant la famille et les amis. Ce sont les personnes qui alimentent notre vie affective et physique de tous les jours. Le deuxième système est "officiel"; il concerne les tentatives d'entraide plus structurées (par exemple, les organismes d'auto-suffisance, les regroupements avec membres, les associations professionnelles, les syndicats). Le troisième système concerne la société en général. Il englobe les tentatives plus considérables de la part des démocraties industrialisées du monde occidental en vue de répondre aux besoins de toute l'humanité; par exemple, les services de santé, d'éducation, de bien-être social et d'aide juridique/légale. Il s'ensuit que lorsque des travailleurs sociaux relient des personnes aux systèmes leur fournissant ressources, services et possibilités, ils relient des êtres humains à d'autres êtres humains dans chacun des systèmes de ressources impliqués.

Donc, les fonctions du travail social comprennent:

1. Aider les gens à améliorer et à utiliser de façon plus efficace leurs propres habiletés pour résoudre des problèmes et pour se débrouiller.

Cette fonction se fait par le biais du counselling qui ressemble étroitement aux tâches et activités des psychologues et psychiatres. De plus, le travail social utilise des techniques tirées de la théorie psychanalytique et de ses dérivés: la théorie de l'apprentissage social; la

théorie existentielle (plus exactement une philosophie qu'une technique de traitement); la théorie des systèmes sociaux; et (à la différence de la psychologie et de la psychiatrie) certaines théories économiques et politiques.

2. Établir des connexions entre les gens et les systèmes de ressources.
3. Faciliter, modifier et créer de nouvelles relations entre les gens et les systèmes de ressources offerts par la société.
4. Faciliter, modifier et créer des relations entre les systèmes de ressources.

Une liste inépuisable de facteurs est couverte par ces activités de connexion, de relation et d'interaction. Les connexions impliquent des situations comme: établir un contact entre une adolescente qui s'est enfuie de la maison et sa famille; organiser une conférence de sous-ministres du bien-être social à l'échelle nationale; diriger un client indigent vers une société d'aide juridique afin qu'il puisse consulter en vue d'une demande en divorce; organiser un atelier en collaboration avec les autorités judiciaires afin d'aider les travailleurs sociaux à mieux remplir leur rôle de témoin expert; ou prendre conscience de la présence d'une nouvelle population de clients (comme les "femmes battues", les parents d'enfants atteints du "syndrome alcoolique foetal", ou les parents victimes du "syndrome de la mort subite chez les nourrissons") et relier les membres de cette population pour qu'ils puissent s'entraider et s'appuyer mutuellement.

Les activités de relation et d'interaction peuvent inclure la thérapie familiale auprès de familles qui se désagrègent; les retraites et les groupes de réflexion; le processus nominal de groupe pour améliorer le fonctionnement d'un groupe d'employés dans un organisme social; faire en sorte qu'une personne âgée, qui vit seule et qui est craintive, accepte et accueille un appel téléphonique "amical" quotidien venant d'une société d'entraide pour les personnes âgées; coordonner les efforts des personnes responsables des services aux personnes âgées aux niveaux municipal, provincial et fédéral, afin de subventionner les organismes (et permettre que le service "amical" soit d'abord mis sur pied); accepter les consultations de pédiatres, afin d'organiser des services spéciaux d'enseignement pour des enfants atteints de troubles d'apprentissage et, ultérieurement, consulter le pédiatre en vue de développer des stratégies pour convaincre les commissions scolaires locales de financer davantage les travaux de diagnostic et de correction auprès des enfants atteints de troubles d'apprentissage.

5. Contribution à l'élaboration et aux modifications des politiques sociales.

Les travailleurs sociaux font souvent preuve de responsabilité professionnelle face aux politiques sociales en travaillant, souvent avec d'autres, à formuler des objectifs de politique. Ils attirent l'attention sur des besoins non comblés, des lacunes, des politiques et des lois sociales qui ne fonctionnent pas; ils planifient et encouragent l'établissement de nouveaux services; ils coordonnent et intègrent les systèmes de ressources existant dans la société; et ils influencent et modifient les politiques et les lois sociales conçues pour changer les conditions sociales et les contraintes présentes dans la vie des gens. (Pincus et Minahan, 1973). Les travailleurs sociaux s'impliquent au "niveau intermédiaire d'élaboration de politiques" plutôt que de s'impliquer dans des changements fondamentaux de la structure complète des institutions dans la société. Ils croient que le changement social fondamental se fait dans l'arène politique par le biais de processus politiques. Tout en admettant que les professions peuvent apporter une expertise technique à ces processus, aucune profession ne doit être seule responsable d'un domaine qui, en fin de compte, influencera la vie de tous les habitants d'une province, d'un état ou d'un

pays en particulier. Les travailleurs sociaux sont d'avis qu'un refus de participer au développement et à la modification des politiques et dispositions sociales pour les humains représente une attitude qui va à l'encontre du travail social (c'est-à-dire, que le client est le "problème" ou "le client est l'auteur de ses propres problèmes").

6. Distribution des ressources matérielles

Cette fonction est traditionnellement associée au travail social: c'est-à-dire la participation des travailleurs sociaux à la planification et à la mise sur pied de divers régimes d'allocations sociales et de sécurité du revenu. Des formes plus subtiles d'allocation des ressources comprendraient, par exemple, les prises de décision auxquelles participent les travailleurs sociaux dans les écoles (par exemple, sélectionner des élèves pour un nombre limité de places dans les classes spéciales). De la même façon, la sélection, le maintien et la coordination des foyers d'accueil est un autre exemple de distribution des ressources auprès des enfants.

7. Fonctions en tant qu'agent de contrôle social

Les tâches et les activités comprennent la surveillance de personnes que la société qualifie de déviants; l'investigation de plaintes concernant les enfants négligés ou maltraités; et l'autorisation accordée à des centres de ressources afin de garantir les soins nécessaires aux personnes qui sont dans le besoin.

Le travail social est une profession qui a été mandatée par la société dans laquelle elle fonctionne; certains travailleurs sociaux croient que la profession ne peut exister en dehors des pays et des gouvernements démocratiques. Les professions mandatées par la société sont, en retour, un reflet et une preuve des croyances de la société, et deviennent, par le fait même, des agents de contrôle social. Bien que cette fonction soit traditionnelle, elle n'est peut-être pas évidente sous ses formes plus subtiles. Les travailleurs sociaux découvrent les techniques "thérapeutiques" particulières pouvant renfermer des préjugés qui sont injustes envers certains secteurs de la société, et qui, par conséquent, vont à l'encontre du code d'éthique des travailleurs sociaux.

(b) Compétences uniques à la profession

Les compétences requises pour l'exercice du travail social clinique suivent l'ordre de compétences établi pour tous les domaines du travail social. Le fait que les compétences se manifestent à divers niveaux de finesse et d'intuition ajoutent un élément d'art à ce processus.

Les compétences nécessaires à la pratique du travail social "généraliste" sont: l'évaluation des problèmes; la collecte des données (questions verbales directes, questions écrites, techniques verbales projectives et utilisation de documents existants); les premiers contacts (y compris les raisons pour lesquelles le contact est amorcé et l'évaluation des motivations et des résistances au changement); la négociation de contrats (y compris la connaissance des consentements avec ou sans renseignements, l'élaboration de stratégies et de techniques pour la négociation des contrats, et la façon d'aborder les résistances); la formation et le maintien de systèmes d'action permettant aux travailleurs sociaux de travailler en collaboration avec d'autres pour entamer un processus de changement; les influences exercées sur le changement; l'utilisation de méthodes spécifiques d'intervention permettant de se mêler à la vie des individus, des groupes et des communautés; et enfin, la terminaison et l'évaluation de l'effort de changement, et le désengagement des relations établies pour réaliser cet effort en particulier. La compétence finale vise à

stabiliser l'effort de changement qui s'est produit, afin d'éviter la régression vers un niveau antérieur de fonctionnement, quel que soit le système de clientèle impliqué, c'est-à-dire individus, groupe, ou communauté. (Pincus et Minahan, 1973).

La pratique clinique se distingue de la pratique généraliste par le cadre dans lequel elle est exercée, ou par la taille de sa clientèle (individus, familles et petits groupes). La typologie des compétences cliniques est à peu près la même, quoique le langage soit un peu différent: étude, diagnostic et traitement; ou estimation, planification, intervention, évaluation et terminaison.

De plus, la pratique clinique démontre une tendance plus marquée pour le counselling, mais jamais à l'exclusion des autres fonctions.

(c) Méthodes cliniques et programmes de traitement en général

Le travail social clinique se fonde en grande partie sur une base de connaissances tirées davantage de la psychologie que des sciences socioculturelles et socio-économiques. En pratique clinique, les travailleurs sociaux considèrent les usagers de leurs services comme des "clients" ou des "patients" (des patients s'ils sont dans le milieu des services de santé) plutôt que des "consommateurs" ou des "citoyens" (termes utilisés plus couramment en pratique communautaire).

Le travailleur social obtient une histoire sociale complète du client, et il se fait une opinion d'après les données classifiées en composantes sociales, écologiques, culturelles, économiques, physiques et biologiques. Cette classification donne une évaluation de la constellation personne-en-situation dans son ensemble, et indique les directions possibles pour effectuer un changement (c'est-à-dire, intervention/traitement).

Le traitement social exige un contrat (consentement avec renseignements) de la part du client. Le traitement vise à restaurer, maintenir et améliorer les capacités d'adaptation, et à faciliter l'adaptation aux réalités sociales. (Klenk et Ryan, 1974).

On sélectionne la stratégie de traitement qui convient le mieux aux besoins du client (et si cette technique ne figure pas au répertoire du spécialiste en travail social, le client est dirigé vers un professionnel qui pratique cette technique). Les techniques d'intervention sont sélectionnées d'après une analyse (antérieure) de leurs éléments, y compris: l'importance accordée aux expériences présentes, par rapport aux expériences passées et futures, en tant qu'éléments déterminants du comportement; la plasticité du comportement (naturel par rapport à éduqué); le degré de changement qu'on peut apporter au comportement; les types de comportement qui peuvent ou ne peuvent pas être changés; les répercussions du changement comportemental; l'importance des influences intrapsychiques par rapport aux influences sociales sur le comportement; la capacité de la technique à se prêter aux tests scientifiques; la présence d'une évidence empirique pouvant appuyer une technique; et l'absence de conflits de valeurs dans l'application de la technique. (Briar et Miller, 1971; Whittaker, 1974).

Puis on commence le plan de traitement contracté envers le client. Le traitement est plutôt dirigé (par opposition à non dirigé), et vise un changement au niveau du comportement (plutôt que la personnalité) dans une période de temps limitée et assez brève, et dans un climat où un rapport d'empathie et d'acceptation est le fondement même de l'action plutôt que d'être un objectif en lui-même.

Historiquement, les premiers modèles de traitement fondés sur les formulations psychodynamiques ont cédé leur place à des modèles fondés davantage sur l'apprentissage social: (stratégies pour solutionner les problèmes: y compris la pratique axée sur la tâche, la modification au niveau du comportement, la thérapie de la réalité); les modèles de systèmes ou modèles écologiques (approches systématiques à la thérapie familiale); et les modèles néo-dynamiques (analyse transactionnelle, par exemple).

De certaines façons, toutes les interventions comportent une évaluation suivie; elle fait explicitement partie de l'aboutissement d'un traitement visant des objectifs fixés par le client et le travailleur social dès leurs premiers contacts.

(d) Spécialisation

Les spécialisations décrites ci-dessus sont fondées sur des méthodologies thérapeutiques variables. Une autre forme de spécialisation consiste à acquérir des connaissances et des compétences spécialisées en vue de travailler auprès de certains groupes plus restreints. Bien que la méthodologie puisse demeurer constante, la base de connaissances spécifiques à certaines populations de clients varie considérablement. Par exemple, les techniques de modification du comportement et les compétences en communication peuvent être utilisées: auprès d'un groupe de parents suivant un programme de formation de parents efficaces; dans un service médico-légal d'un hôpital psychiatrique, auprès de criminels coupables de délits sexuels; auprès d'un enfant dans une classe d'éducation spécialisée pour les enfants souffrant de troubles du comportement; ou auprès de parents qui maltraitent leurs enfants. Cependant, la base de connaissances requises pour travailler auprès de ces populations est hautement spécifique.

IV. DROITS ET RESPONSABILITÉS DE LA PROFESSION

(a) Autonomie nécessaire à la profession

Le travail social a beaucoup de choses en commun avec les autres professions soignantes, il existe aussi des différences bien distinctes. Le travail social, comme les autre professions, possède (dans presque toutes les provinces canadiennes sauf deux) un mandat de pratique (autorisé, ou sous l'égide d'un conseil de professions ou d'une loi sur les sociétés).

Il existe une distinction importante entre le travail social et les principales professions organisées comme le droit et la médecine; à savoir que, même si presque toutes les associations de travail social au Canada contrôlent les désignations d'emploi spécifiques de leurs membres (comme "travailleur social diplômé"), aucune association professionnelle de travail social au Canada n'a de contrôle complet sur la pratique aussi bien que les désignations d'emploi (assorties). Dans bien des provinces, les gens peuvent se désigner comme étant "travailleurs sociaux", ou pratiquer le "travail social", sans avoir à craindre la loi. Cette distribution inégale des pouvoirs, des droits et des obligations de la profession entraîne la confusion dans l'esprit du public, et provoque des difficultés dans les rapports avec les principales professions surtout lorsqu'il s'agit de questions qui n'ont pas encore fait l'objet de dispositions légales (par exemple, les questions concernant l'information confidentielle).

Dans la plupart des juridictions provinciales du travail social, les initiales TSD, apposées au nom d'un praticien, indiquent que le praticien s'est soumis à l'éventail complet de responsabilités légales aux niveaux professionnel et civil et qu'il est, par conséquent, sujet à des accusations de négligence professionnelle et d'incompétence, et d'infractions au code d'éthique.

Le travail social s'apparente le plus au droit en ce qui concerne l'organisation des membres qui exercent la profession. Bien qu'aucune spécialité particulière ne soit reconnue par la loi, ses membres sont autorisés à concentrer leur pratique dans des domaines précis mais ils doivent, sur investigation, pouvoir justifier pourquoi, en vertu de leur expérience et de leur formation, ils pratiquent dans ce domaine en particulier. Ainsi, la plupart des associations de travailleurs sociaux du Canada n'utilisent pas le modèle médical (c'est-à-dire, des spécialités avec des titres et des qualifications spécifiques) pour indiquer au public les caractéristiques des praticiens.

En raison de la liaison entre le travail social et les pouvoirs gouvernementaux et organisationnels, la profession est d'avis qu'il importe d'imposer une part d'imputabilité, tant aux personnes qui prennent des décisions de principe concernant l'élaboration d'arrangements institutionnels pour venir en aide aux gens, qu'aux experts en organisation qui appliquent ces politiques. C'est pour cette raison que la profession du travail social continue d'exiger que les personnes qui (bien qu'occupant des postes de directeur général, de gestionnaire et de consultant) sont parvenues à leur poste en vertu de leur formation en travail social et sont, par conséquent, toujours responsables auprès de la profession dans l'accomplissement de leurs fonctions professionnelles, soient tenues responsables au même titre que les praticiens en service direct.

(b) Systèmes de consultation

Les travailleurs sociaux en milieu clinique travaillent souvent en équipe avec d'autres professionnels. Les consultations internes sont donc acceptées de bon gré entre et parmi les membres de l'équipe. Par exemple, dans un centre psychopédagogique, les consultations aux psychologues, aux psychiatres et aux infirmières psychiatriques, sont habituellement pro forma. Dans un centre d'éducation, les consultations aux spécialistes en lecture/éducation, aux orthophonistes, aux sociologues et aux psychologues sont pratique courante.

Cependant, lorsqu'il s'agit de consultations auprès de disciplines à l'extérieur d'un contexte multidisciplinaire, et qu'il est question que ces autres disciplines acceptent les consultations venant du travailleur social, ces mêmes consultations sont sujettes à l'imprévisibilité et à divers règlements, lois et prérequis régissant le service en question. Plusieurs spécialistes médicaux ne veulent pas et (dépendant des exigences imposées par ceux qui défraient les coûts des services de santé) ne peuvent pas accepter des consultations venant des travailleurs sociaux. Par ailleurs, les travailleurs sociaux sont parfois perçus comme étant déraisonnables lorsque les médecins leur envoient des clients ("Je suis un spécialiste de la thérapie familiale et je ne verrai que la famille au complet, pas seulement la mère et l'enfant"). Les consultations auprès d'organismes publics (par exemple, aide à l'enfance, organismes de sécurité du revenu) sont acceptées par toutes les professions ... et du public en général. Certains services sont disponibles seulement dans le secteur public. Pour atteindre un spécialiste de la lecture par exemple, il faudra peut-être avoir affaire à divers niveaux de la bureaucratie pédagogique.

En règle générale, on peut dire que les travailleurs sociaux qui sont diplômés/autorisés/certifiés (et qui, par conséquent, sont sujets à des conditions d'imputabilité en matière d'éthique et de conduite) ont relativement peu de difficulté à diriger leurs clients vers diverses professions (orthophonistes, spécialistes médicaux, psychologues, etc.), dans la mesure où ils ont aussi

développé "l'habileté à influencer". Leur "habileté à influencer" signifie qu'ils possèdent des connaissances et une expertise réelles; qu'ils sont légalement autorisés; qu'ils possèdent des ressources matérielles et des services; qu'ils jouissent d'un rang professionnel, d'une bonne réputation et de charisme; et qu'ils savent comment établir et entretenir des relations avec leur "famille professionnelle". (Pincus et Minahan, 1973). Évidemment, cette description peut s'appliquer à tout professionnel qui dirige un client vers un autre professionnel.

V. EXPÉRIENCES SUBJECTIVES ET ATTENTES PROFESSIONNELLES

(a) Collaboration de la part des autres professions

La collaboration interprofessionnelle est un rêve lorsqu'elle existe, un cauchemar lorsqu'elle n'existe pas ... cauchemar dont les effets sont vécus par le client et, dans une moindre mesure, par les professionnels impliqués qui sont probablement moins vulnérables.

L'approche multidisciplinaire est la plus à-propos pour aborder les complexités de la réadaptation. Elle facilite grandement le processus de consultation auprès de collègues qui possèdent les compétences voulues pour répondre aux besoins d'un patient et, de ce fait, elle élimine les délais coûteux que représente toute une suite de consultations après de différents professionnels. Travailler en présence de collègues qui partagent un objectif commun permet d'établir des rapports dans un climat de confiance et communique un sentiment de sécurité aux patients. Puisque chacun participe à la tenue des dossiers et à l'enregistrement des données, les renseignements essentiels au bien-être du patient sont à jour, facilement disponibles, et compris par tous les membres de l'équipe malgré la diversité sur le plan de l'acquis professionnel. On peut satisfaire aux besoins -- médicaux, sociaux, économiques, psychologiques, éducatifs -- du patient en un seul endroit, avec le minimum de duplication (surtout en ce qui concerne la cueillette des données et les évaluations). Le traitement des populations particulières de patients peut être assigné en fonction des compétences et des expériences respectives des membres de l'équipe. Cette utilisation sélective des effectifs n'est tout simplement pas possible s'il n'y a pas d'équipe.

En plus d'accroître la qualité des soins, l'équipe de réadaptation constitue une expérience enrichissante pour le professionnel lui-même. L'engagement mutuel à offrir des soins de haute qualité, un système de valeur qui préfère la collaboration à la compétition, la possibilité de vivre les bons moments, comme les mauvais, au sein d'un groupe et les pertes et les gains cumulatifs, toutes ces expériences contribuent à consolider les liens - ce sont des événements marquants dans une carrière. La concentration d'énergies propre à l'équipe hautement fonctionnelle représente certainement plus que la somme des contributions. Rares sont ceux qui optent pour chanter en solo après avoir chanté dans une telle chorale.

(b) Zones de conflit avec les autres membres de l'équipe

La tendance à considérer les problèmes au sein de l'équipe en fonction de la "personnalité" d'un ou de plusieurs membres de l'équipe est le véritable empêchement au bon travail d'équipe. Évidemment, les seules solutions qui se présentent alors sont: soit éliminer un membre de l'équipe, soit essayer de changer la "personnalité" du membre de l'équipe. On peut prévoir que ni l'une ni l'autre de ces solutions ne sollicitera l'appui de la personne en question. Ce qui manque, c'est le fait de ne pas reconnaître que beaucoup de difficultés au niveau du fonctionnement de l'équipe

proviennent de variables systémiques (lignes d'autorité fixes, traditions, nombre variable de dossiers, différentes sanctions de la part de la société, restrictions budgétaires) et non de la personnalité des praticiens individuels impliqués.

Un autre problème potentiel concerne les praticiens, de quelque discipline qu'ils soient, qui n'éprouvent pas d'acceptation ou de compréhension profonde et constante à l'égard de leur propre profession avant d'entrer en pratique interdisciplinaire. Mais, à l'aise dans leur profession d'origine, ils deviennent rapidement des professionnels hybrides et, sans aucune sanction de la société, ils s'occupent de domaines pour lesquels ils n'ont reçu aucune formation et, par le fait même, ils rendent un mauvais service au domaine pour lequel ils ont été (prétendument) formés.

Le problème des dernières décennies du vingtième siècle ne sera pas de savoir quelle profession possède les droits, les priorités et les responsabilités pour remplacer une autre profession, mais bien de savoir si, dans les années à venir, les professions pourront survivre en tant que collectivités qui vexent les instincts pseudo-égalitaires d'une population que les rigueurs de la recherche scientifique et de l'autodiscipline n'impressionnent plus.

(c) Questions en suspens au sein de la profession

Mis à part les problèmes touchant toutes les professions (ci-dessus), les principales questions intéressant la profession du travail social sont:

1) l'utilisation par différenciation de l'effectif du travail social / de l'aide sociale, c'est-à-dire, quel niveau de formation est requis pour effectuer une tâche en particulier?
2) la nécessité de voir à ce que tous les travailleurs sociaux qui ont reçu une formation soient tenus responsables de leur pratique devant la loi, c'est-à-dire que l'accréditation ou la licence soit obligatoire;
3) le maintien et l'amélioration des systèmes de santé, d'éducation et de bien-être par le biais de politiques fiscales négociées et équitables au niveau fédéral-provincial;
4) une planification sociale soigneusement élaborée, afin de conserver certains principes dans la prestation des services: l'universalisation à l'échelle du Canada, l'accessibilité (y compris la coordination, la régionalisation, la décentralisation et l'intégration des services), et la continuité des soins.

(d) Avantages, défis et satisfactions

Les défis sont nombreux. En premier lieu, il s'agit, comme dit Agnes Denes, de comprendre que "l'univers renferme des systèmes, les systèmes renferment des schèmes (et) ... l'esprit a pour objet de repérer ces schèmes et d'y déceler un potentiel inhérent de nouveaux systèmes d'idéation et de comportement". Ce "repérage de schèmes" est un défi que doivent relever tous les travailleurs sociaux, dans quelque domaine qu'ils pratiquent.

Le deuxième défi du travail social consiste à maintenir la créativité, l'innovation, la recherche et le développement dans un climat qui dépasse actuellement les programmes expansionnistes des années soixante, alors que le leitmotiv actuel est de "se débrouiller avec (relativement) moins".

Le troisième défi consiste à identifier, au sein de sa propre profession et des autres professions, les personnes qui partagent les mêmes opinions et compétences, qui entrevoient un monde meilleur, et qui sont prêtes à entreprendre des démarches pour le réaliser. L'énergie manifestée par ce genre de "collectivité" soutient et enrichit ses membres, et rend possible les entreprises les plus difficiles.

Les avantages du travail social sont inhérents à la réalisation des défis susmentionnés.

SOURCES DE RÉFÉRENCE POUR LA PROFESSION

a) Pour obtenir un exemplaire du Code de déontologie de l'Association canadienne des travailleurs sociaux, on peut s'adresser au bureau national de l'ACTS: 55 rue Parkdale, Ottawa, Canada K1Y 1E5

b) Pour obtenir la liste des écoles et facultés de travail social au Canada, on peut s'adresser au bureau national de l'Association canadienne des écoles de travail social: 151 rue Slater, Ottawa, Canada K1P 5H3

Chapitre 10 ORTHOPHONIE ET AUDIOLOGIE*

Jean F. Walker, Krista Riko, et Mary B. Cardozo

PRÉAMBULE

Les problèmes de la communication se manifestent par des troubles au niveau du langage, de la voix, de l'audition et de la parole; on estime qu'au moins dix pour cent de la population en souffre. Donc, plus de deux millions de Canadiens souffrent de problèmes de communication qui peuvent entraîner des conséquences graves pour l'individu, et occasionner des coûts considérables pour la société. L'orthophonie et l'audiologie se soucient de la prévention, du diagnostic et du traitement de ces troubles, et de la recherche qui s'y rattache.

Puisque l'audiologie et l'orthophonie s'intéressent toutes les deux aux aspects de la communication et aux troubles s'y rattachant, on ne peut les examiner complètement à part puisqu'elles partagent une base commune de connaissances et d'intérêts: la communication entre les humains. Le développement historique des deux disciplines, les structures d'organisation professionnelle et les programmes de formation reflètent bien le rapport qui existe entre les deux. Il y a, cependant, certaines distinctions majeures situées principalement au niveau des connaissances propres à chacune, et au niveau des notions et des champs d'intérêt dans l'exercice des professions. Les points communs et les différences entre ces deux disciplines sont au centre du débat, à savoir si l'orthophonie et l'audiologie constituent une profession ou deux (Byrne, 1980; Feldman, 1981; Goldstein, 1970, 1981; Greenberg, 1980, Rees, 1981). Bien que les auteurs maintiennent que ce sont deux professions en pratique, leur base commune, au sens large du terme, justifie leur regroupement dans le contexte du présent rapport.

I. DONNÉES HISTORIQUES ET MILIEUX DE TRAVAIL

(a) Historique

L'existence des problèmes de la communication et des efforts pour y remédier remonte à l'antiquité. Par exemple, la perte de l'ouïe est un des problèmes les plus anciens chez l'homme. Dès 1550 avant J.-C., les écrits égyptiens font mention du traitement des troubles auditifs.

---

* Réviseurs de ce chapitre: John Gilbert, Ph D, Université de Colombie-Britannique, Vancouver; Paul Kileny, Ph D, Hôpital Glenrose, Edmonton; Elaine Pressman, Ph D, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa; Andrée Durieux Smith, Ph D, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa.

Les auteurs remercient les associations provinciales des orthophonistes et audiologistes à travers le Canada d'avoir partagé des renseignements professionnels pertinents tirés du sondage effectué par chacune des associations.

Mille ans plus tard, Hippocrate décrit un cas de surdité provoqué par un traumatisme crânien (Feldman, 1970). Les tablettes d'argile de la Mésopotamie et les écrits bibliques témoignent de la présence du bégaiement il y a plusieurs siècles (Van Riper, 1982). Cependant, ce n'est qu'au vingtième siècle que des professions officiellement structurées émergent, dont la principale responsabilité concerne le diagnostic et le traitement des troubles de la communication.
En Amérique du Nord, les professions d'orthophonie et d'audiologie débutent aux États-Unis. Les premiers travaux de recherche sur les troubles de la communication sont effectués au sein des départements universitaires de psychologie expérimentale, de médecine et d'éducation, au cours de la première décennie du siècle. Les programmes cliniques se développent très tôt dans les écoles publiques et les universités. Au moment de la mise sur pied de la première association professionnelle d'envergure nationale en 1925 (l'American Academy of Speech Correction), certaines grandes villes offrent déjà des services aux personnes souffrant d'handicaps de la parole. Au cours des décennies qui suivent, les services s'installent dans d'autres milieux, dans les hôpitaux pour anciens combattants et les organismes communautaires par exemple, afin de pallier aux besoins changeants des collectivités et à l'élargissement de l'intérêt professionnel. L'audiologie, plus jeune que l'orthophonie, débute comme profession aux État-Unis au milieu des années quarante, en réponse aux besoins de diagnostic et de réadaptation des vétérans atteints d'handicaps auditifs au cours de la Deuxième Guerre mondiale. L'audiologie est reconnue en tant que discipline en 1947, lorsque le mot "hearing" est inclus dans le nom de l'association professionnelle qui devient l'American Speech and Hearing Association" (Boone, 1977; Yantis, 1976).

Bien qu'il existe des écoles pour les handicapés auditifs depuis le milieu du dix-neuvième siècle au Canada, ce n'est que dans les années trente que surgissent au Québec, en Ontario et au Manitoba, les premières cliniques pour les personnes souffrant de problèmes de la communication (Clarke et Kendall, 1976; Eldrige, 1968). Ce n'est que vingt ans plus tard, cependant, que se développent la majorité des services. La plupart des services canadiens débutent au sein des services de santé et en milieu hospitalier; une seule province ayant choisi d'offrir les services par l'entremise d'une commission scolaire. Aux États-Unis, par contre, les services débutent surtout au sein des systèmes d'écoles publiques. Dans presque toutes les provinces, c'est vers la fin des années soixante-dix que les services d'orthophonie et d'audiologie connaissent leur plus grande expansion, malgré le fait que les services d'audiologie soient un phénomène plus récent. En fait, un questionnaire soumis aux associations provinciales* (identifié ci-après comme le Questionnaire des associations provinciales) nous indique que l'expansion des services se poursuit de façon continue dans au moins 60 pour cent des provinces. Cette croissance est encourageante et reflète une prise de conscience accrue face aux besoins des personnes atteintes de problèmes de la communication.

Plusieurs associations provinciales d'orthophonie et d'audiologie sont fondées vers la fin des années cinquante**: en 1955 au Québec; en 1956 en Colombie-Britannique; en 1958 au Manitoba, en Ontario et au Saskatchewan. À l'origine, les professionnels du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve se regroupent sous l'Atlantic

---

* Ce questionnaire, préparé par les auteurs, fut expédié aux président(e)s de toutes les associations provinciales d'orthophonie et d'audiologie du Canada. Nous avons obtenu un taux de réponse de 100%.

** En Alberta, l'Association fut créée en 1964.

Provinces Speech and Hearing Association, créée en 1965. Cependant, le nombre croissant d'audiologistes et d'orthophonistes exerçant leur profession dans les Maritimes donne lieu à l'établissement d'associations individuelles dans chacune des provinces: les associations du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse sont établies en 1978; celle de l'Île-du-Prince-Édouard en 1980.

L'association professionnelle nationale, l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie est mise sur pied en 1964 par un petit groupe d'orthophonistes, dans le but de combler le manque d'une association professionnelle qui soit unificatrice et représentative à l'échelle nationale. (Eldridge, 1968). L'association est incorporée difinitivement en 1975 et, l'année suivante, elle présente sa première convention annuelle. Le nombre de ses membres s'est accru de façon spectaculaire au cours des 10 dernières années, passant de 83 membres en 1971 à 962 membres en 1981. À elle seule, la dernière année compte pour une augmentation de l'ordre de 19,5 pour cent. De ces origines modestes, l'association est devenue un organisme viable qui traite d'un grand nombre de questions concernant la prestation des services aux handicapés, et les professionnels qui fournissent les services en question (Roberts, 1981).

En conclusion, il faut reconnaître la contribution des personnes qui ont participé à ce développement. Avant la création des programmes canadiens de formation dans ces disciplines, quelques canadiens ont acquis une éducation professionnelle ailleurs et sont revenus instaurer certains des premiers services au Canada. Depuis que les programmes canadiens existent, les diplômés canadiens contribuent de façon significative à l'avancement de ces disciplines et constituent maintenant un pourcentage important de l'effectif.

Cependant, les premières démarches sont forcément l'oeuvre de professionnels venus d'autres pays, en particulier la Grande-Bretagne et les États-Unis. Ces personnes continuent à contribuer efficacement au développement des professions au Canada et apportent à la prestation des services et aux programmes universitaires une diversité d'expériences et de structures qui est peut-être inégalée dans le monde entier.

(b) Programmes de formation

La formation professionnelle en orthophonie et en audiologie est offerte au Canada depuis l'instauration d'un programme de maîtrise à l'Université de Montréal en 1957. En 1958, l'Université de Toronto offre un programme d'études supérieures d'une durée de deux ans. Par la suite, des programmes de maîtrise sont établis à l'Université McGill en 1963, à l'Université de la Colombie-Britannique en 1969 et à l'Université de Western Ontario en 1974. Un programme de baccalauréat en orthophonie d'une durée de quatre ans et demi débute à l'université de l'Alberta en 1968; en 1970, l'université de Western Ontario en offre un en audiologie et orthophonie. En 1978, l'Université de Toronto inaugure un programme de maîtrise en orthophonie, tout en supprimant graduellement le diplôme d'études supérieures. À ce jour, environ 850 orthophonistes et audiologistes ont suivi ces programmes universitaires; presque tous sont Canadiens.

Les programmes universitaires ont tenté d'offrir un enseignement professionnel pouvant répondre à un besoin urgent de services. Certains programmes offrent une maîtrise en recherche en plus de la formation professionnelle et, à l'heure actuelle, les possibilités d'obtention d'un doctorat, quoique limitées, sont en voie d'expansion. Dans certaines universités qui offrent un diplôme au niveau de la maîtrise mais qui n'ont pas de diplôme au niveau du baccalauréat, l'inscription se fait à partir d'une formation dans une discipline générale plutôt qu'une formation en orthophonie et audiologie au niveau du baccalauréat.

Plusieurs facteurs comme celui-ci établissent la distinction entre les programmes canadiens et les programmes américains ou européens (Gilbert, 1979).

Bien que les programmes canadiens visent tous le même objectif (la préparation de professionnels compétents) on retrouve des différences considérables au niveau des structures et des approches. Cette diversité est considérée comme étant saine et viable. Selon Clarke et Kendall (1976), on retrouve un niveau comparable de compétence chez les diplômés et tous les programmes accordent beaucoup d'importance aux stages ou à la formation pratique.

Nonobstant ces différences, les programmes canadiens entretiennent une collaboration unique depuis 1970, lorsque les sept directeurs de programmes ont inauguré des rencontres annuelles. En 1979, le groupe se donne une structure officielle et devient le "Conseil canadien des programmes universitaires de formation en orthophonie et audiologie". Cette collaboration se répercute sur l'efficacité et l'enseignement professionnel. À preuve, cette mention dans une brochure d'un des programmes ... "L'École d'orthophonie et audiologie a élaboré (et continue à adapter) son programme en fonction du dialogue entrepris avec les six autres programmes de formation au Canada, et avec les audiologistes et orthophonistes travaillant dans ce domaine ...". (Université de la Colombie-Britannique, 1981).

(c) Milieux de travail

Les audiologistes et les orthophonistes travaillent dans des milieux diversifiés dont l'hôpital général, l'hôpital pédiatrique, l'hôpital psychiatrique, l'hôpital pour malades chroniques, l'école, les organismes communautaires, les services d'hygiène publique et les services sociaux et les centres spécialisés (en particulier les centres de réadaptation, les centres pour handicapés physiques, les centres pour les handicapés auditifs et les centres de la Commission des accidents de travail, le milieu industriel et les universités). Le Questionnaire des associations provinciales nous indique que, compte tenu des variations géographiques, les hôpitaux sont le principal employeur des orthophonistes et des audiologistes. Dans la moitié des provinces, ce sont les commissions scolaires qui, avec les hôpitaux, emploient le plus grand nombre d'orthophonistes. Dans trois provinces, un nombre considérable d'orthophonistes travaille au sein de services d'hygiène publique. Bien que la majorité des audiologistes travaillent dans les hôpitaux, plusieurs sont employés par des organismes gouvernementaux. On retrouve un nombre relativement restreint d'audiologistes à l'emploi des commissions scolaires. Quelques orthophonistes et audiologistes exercent en pratique privée.

La prestation des services d'orthophonie et d'audiologie est organisée selon diverses structures à l'intérieur des milieux institutionnels. Certains services d'audiologie et d'orthophonie sont dispensés par le biais de services spécialisés connexes comme l'oto-laryngologie, la médecine de réadaptation, la neurologie et la pédiatrie, la majorité des services d'audiologie étant offerts dans le cadre des services d'oto-laryngologie. Dans certains cas, les services fonctionnent indépendamment avec leurs propres services, tant du côté de l'orthophonie que du côté de l'audiologie. Dans d'autres cas, ces deux disciplines sont associées en un seul département. Ces départements indépendants sont organisés de façon à entretenir des relations avec des professionnels de plusieurs autres disciplines.

II. SPHÈRE DE CONNAISSANCES PROPRES AUX PROFESSIONS

(a) Matières

La communication et les problèmes s'y rattachant constituent les matières intéressant les deux professions. Dans les grandes lignes, les problèmes de la communication se divisent, d'une part, en troubles de la parole, du langage, de la voix et du débit qui sont les principaux domaines de spécialisation de l'orthophoniste et, d'autre part, en troubles auditifs qui sont le principal domaine de spécialisation des audiologistes. Soulignons que les problèmes de la communication ont été classifiés en catégories distinctes pour des besoins analytiques d'identification et de description, mais étant donné la complexité des processus de communication, les problèmes coexistent souvent empiriquement dans un rapport complexe.

En orthophonie, l'identification et la description des problèmes de la communication se font par le biais de plusieurs systèmes de classification ayant peu de traits communs entre eux (Nation et Aram, 1977). Comme base d'identification pour ces problèmes, nous avons opté pour le système de classification décrit dans le rapport: "Directives cliniques en orthophonie et audiologie" (Santé et Bien-être social Canada, 1980). Les troubles du langage impliquent divers degrés de difficulté lors de la réception, la transformation, l'interprétation, l'organisation, la formulation ou l'expression de l'information symbolique. Ces difficultés s'expriment dans un ou plusieurs paramètres phonologiques, morphologiques, syntaxiques, sémantiques et pragmatiques du système linguistique. Les troubles du développement du langage chez l'enfant, et l'aphasie acquise chez les adultes, en sont des exemples. Les troubles d'émission de sons impliquent la distorsion phonétique et l'omission ou la substitution de sons. Par exemple: les troubles d'articulation lorsque des troubles neurologiques existent (dysarthrie), et les troubles "fonctionnels" de l'articulation chez l'enfant. Les troubles de la voix comprennent entre autres les troubles au niveau de la fréquence, de l'intensité, de la durée et de la qualité. Mentionnons comme exemples l'enrouement et l'aphonie, et la puberphonie, c'est-à-dire quand les modifications ne se produisent pas au niveau de la voix à l'adolescence. Les troubles de résonance sont étroitement liés aux problèmes de la voix, et sont parfois classifiés comme problèmes de la voix. L'exemple le plus répandu est l'hypernasalité reliée à plusieurs autres affections, en particulier celles qui se produisent lors des troubles d'occlusion vélopharyngienne. Les troubles du débit impliquent des troubles du rythme, de la synchronisation et des aspects prosodiques de l'émission des sons, le bégaiement est l'exemple le plus connu. Le bégaiement se manifeste de diverses façons, dont la répétition ou la prolongation de sons et de mots, les difficultés au niveau du début de la phonation, la tension ou les tremblements dans la musculature employée pour la parole, et les comportements d'évitement, de résistance et d'évasion.

Les troubles de l'audition sont souvent identifiés en fonction du degré de la déficience auditive (légère, modérée, sévère, profonde ou absolue) et du site de la lésion dans le système auditif. La déficience auditive classifiée en fonction du site de la lésion peut être conductive (problèmes de l'oreille moyenne, de l'oreille externe ou les deux), neuro-sensorielle (lésions cochléaires ou des nerfs auditifs) ou mixte. Ce handicap qui peut être stable, progressif ou variable peut se produire dans une oreille (unilatéral) ou dans les deux oreilles (bilatéral). Par exemple, la déficience causée par la présence d'un liquide dans l'oreille moyenne droite qui entraîne une perte minime de l'ouie, est considérée comme étant un problème auditif léger, conductif et unilatéral. En plus de ces problèmes au niveau du système auditif périphérique, des problèmes du système auditif interne peuvent se produire suite à des lésions au niveau du tronc cérébral ou des centres auditifs du système nerveux central.

Les manifestations de la déficience auditive sont fonction du type et de la nature de la perte de l'ouie, de la durée du problème, et du niveau de langage et de parole atteint avant l'installation de ce problème. Par exemple, l'handicap auditif léger peut avoir des effets subtils comme l'inaptitude à entendre les sons à distance ou de comprendre les paroles en présence d'autres bruits. Une perte modérée est plus apparente cependant, parce que le patient éprouve de la difficulté à percevoir la parole à des niveaux normaux d'intensité. Certains types de déficiences auditives se manifestent par l'impossibilité à entendre les paroles même lorsqu'elles sont prononcées d'une voix forte. La perturbation auditive se reconnaît par le biais de troubles divers au niveau du langage, de la parole, de la voix et de la résonance surtout lorsque la perte de l'ouie est sévère ou profonde, et qu'elle survient avant l'acquisition de la parole et du langage.

Les troubles de la communication peuvent être le résultat d'un ou de plusieurs des facteurs suivants, se produisant seuls ou par interactions multiples: évolution de certaines maladies, dysfonctionnement physiologique, troubles au niveau des relations interpersonnelles, interruption du processus d'apprentissage, problèmes affectifs, déviation structurale, et divers facteurs sociologiques ou reliés à l'environnement qui sont souvent obscurs ou complètement inconnus. De plus, alors qu'un problème de la communication se développe à n'importe quel moment dans la vie d'un individu, la condition déterminante peut, dans certains cas, être présente avant ou au moment de la naissance (comme par exemple dans les cas de fissure palatine ou de surdité).

La communication étant d'une importance centrale pour l'individu et pour ses rapports avec la société, un problème a ce niveau peut devenir l'un des handicaps les plus invalidant) et atteindre une personne dans son vécu social, psychologique, pédagogique, professionnel et financier (Van Hattum, 1980; Schein et Delk, 1974). Le handicap qui en résulte peut prendre des proportions telles qu'il provoquera une déviation au niveau du comportement normal de la communication. Un trouble apparemment mineur peut constituer un handicap majeur. Par exemple, alors qu'un léger problème auditif est de peu d'importance pour un fermier, ce même problème peut représenter un véritable handicap pour un pilote d'avion. Le rapport entre les attitudes de la personne atteinte d'un trouble de la communication et les attitudes de son entourage (famille, amis, société) peut profondément influencer la perception du problème; elle devient parfois un déterminant important du développement, de la résolution ou de la réadaptation.

L'étude, le diagnostic et le traitement des troubles de la communication exigent une connaissance des processus normaux et pathologiques de la communication. Les processus de la communication normale impliquent une connaissance des paramètres cognitifs, psychologiques, anatomiques, physiologiques, acoustiques, linguistiques, sociologiques, de développement et de perception. Quant aux troubles de la communication, ils exigent des connaissances au niveau des manifestations et des principes et corrélateurs physiques, pathologiques, psychologiques, linguistiques et sociologiques, et au niveau des stratégies et techniques de prévention, de diagnostic et de traitement. Cette base d'information comprend des connaissances acquises dans des disciplines connexes et appliquées à la compréhension et à la correction des troubles de la communication. Ces disciplines sont l'anatomie, la physiologie, l'acoustique, la linguistique, la physique, l'électronique, l'ingéniérie, la psychologie et l'éducation, de même que certains domaines spécialisés des sciences médicales, dentaires et sociales.

Naturellement, l'orientation de cette base de connaissances n'est pas la même pour l'orthophonie et l'audiologie, étant donné leurs domaines respectifs de spécialisation. Mais comme nous l'avons indiqué auparavant, la nature des rapports qui existent entre les processus de communication est telle qu'on ne peut établir des distinctions précises entre ces disciplines. Certains problèmes auditifs, par exemple, provoquent des troubles au niveau de la parole et du langage. D'autre

part, l'évaluation des troubles du langage impliquent l'évaluation de la fonction auditive. Cette situation d'interrelation et de distinctions entre l'audiologie et l'orthophonie, tant sur le plan des connaissances de base que sur le plan de la fonction des disciplines, sera plus manifeste lorsque nous présenterons la pratique clinique.

(b) Base de recherches

Depuis les premiers travaux de recherche entrepris il y a plus d'un demi-siècle, notre connaissance de la communication humaine et des problèmes s'y rattachant a progressé de façon remarquable, surtout au cours des deux dernières décennies. Ces progrès sont étroitement liés aux progrès constatés dans des domaines de recherche connexes. Il existe actuellement une sphère distincte de connaissances offrant une base solide sur laquelle se fondent la compréhension et la correction des troubles de la communication. Puisque la connaissance des processus normaux de la parole, du langage et de l'audition est essentielle à la compréhension de ces problèmes, des recherches exhaustives ont été effectuées dans ce domaines. Nous vous présentons des exemples tirés de deux domaines, soit l'audition et le langage.

Avant les années vingt, les connaissances étaient très limitées quant à l'action du système auditif sur les dimensions physiques des sons, pour les transformer en expériences auditives. Notre compréhension des processus de l'audition s'est accrue grâce aux recherches subséquentes dans des domaines comme les corrélateurs électrophysiologiques de la réceptivité auditive, des mécanismes d'impédance de l'oreille moyenne, et des facteurs biochimiques et biologiques de la fonction de l'oreille interne. Ces connaissances ont permis des progrès au niveau du dépistage et du diagnostic précoces des déficiences auditives (par le biais de techniques de test plus discriminantes comme l'audiométrie par potentiel évoqué), au niveau des techniques de correction (par le perfectionnement des prothèses auditives), et au niveau de la compréhension de l'impact qu'exercent le bruit, les médicaments et diverses maladies sur le système auditif. Ces progrès, on les doit à des scientifiques de nombreux domaines: ingénieurs, biochimistes, physiologistes psychoacoustiens, mathématiciens, physiciens et psychologues (Institut national de la santé, 1979).

Historiquement, l'étude du langage a surtout intéressé les linguistes, les psychologues et, plus récemment, les psycho-linguistes. Leur recherche était orientée vers la description phonologique, syntaxique, sémantique et pragmatique du langage, afin d'expliquer ces observations en fonction de principes biologiques, psychologiques et sociaux. Les recherches portant sur l'acquisition de la parole et du langage chez l'enfant ont des répercussions considérables pour l'orthophoniste et l'audiologiste. Depuis les premières études sur le langage de l'enfant au début des années soixante à l'aide de techniques rigoureuses d'analyse linguistique, les données se sont rapidement accumulées. La plupart des travaux antérieurs s'intéressaient à l'acquisition de la syntaxe et au développement phonologique. Plus tard, les chercheurs se sont tournés vers le développement du système sémantique chez l'enfant. Actuellement, les études visent le développement de la communication en contexte, c'est-à-dire la façon dont l'enfant apprend à utiliser ses capacités linguistiques dans diverses situations sociales et interactives (Rees, 1980).

Les substrats neurophysiologiques et biochimiques du processus de langage normal font aussi l'objet d'une attention accrue. Les études pertinentes sont facilitées grâce au développement de techniques diagnostiques plus perfectionnées comme la tomographie transverse axiale avec ordinateur et la tomographie par positrons. Ces recherches ont permis d'améliorer la connaissance des mécanismes du cerveau en situation de langage normal et pathologique.

Ces exemples ne présentent que quelques domaines de la recherche intéressée aux processus normaux de la communication. Par exemple, aucune mention n'est faite des recherches considérables impliquant des scientifiques de la parole et de l'ouïe, des acousticiens, des orthophonistes, des physiologistes et des autres professionnels, en vue d'accroître la compréhension des mécanismes complexes de production des sons (mécanismes de la phonétique, de la résonance, de l'articulation et de la rétroaction). Les recherches qui ont fait l'objet de discussions lors d'un séminaire conjoint des États-Unis et du Japon sur les aspects dynamiques de la production des sons illustrent bien l'orientation que prend la recherche dans ce domaine (Sawashima et Cooper, 1977).

Le rapport du panel sur les troubles de la communication (Institut national de la santé, 1979) examine l'état actuel des recherches sur la communication et ses problèmes, et propose des indications visant les recherches ultérieures. Voici quelques exemples des besoins signalés par le panel: études plus approfondies sur l'acquisition d'une langue seconde (pertinentes en raison des patients qui apprennent l'anglais comme langue seconde), études sur le langage gestuel des sourds-muets et son rapport avec le code du langage normal (essentielles pour comprendre le langage normal et la sélection de mesures correctives appropriées pour ceux qui ne peuvent l'acquérir), études plus approfondies sur la perception de la parole (processus très peu connu actuellement), et recherches sur les propriétés réactives des fibres nerveuses du système auditif (indispensables à la conception de prothèses auditives efficaces).

Par ailleurs, les troubles de la communication ont reçu beaucoup d'attention sur le plan scientifique. Des orthophonistes, des audiologistes et des scientifiques de disciplines connexes ont contribué à l'expansion de la base de connaissances dans le domaine des troubles de la communication. Les changements observés au niveau des méthodes et de l'orientation de cette recherche au fil des années reflètent l'évolution de la base de connaissances, l'influence de développements concomitants au sein de sciences connexes, le mouvement général de la société vers la recherche scientifique, de même que la réaction des professions elles-mêmes face aux besoins et aux conditions de la société (Abkarian, 1977; Moore, 1977; et Rees, 1979).

Pour les besoins de ce chapitre, il est impossible de résumer les nombreuses recherches déjà effectuées sur les troubles de la communication. En règle générale, on peut affirmer que la recherche s'est intéressée à plusieurs aspects des troubles: la fréquence et la prédominance des problèmes; leurs manifestations physiques et comportementales; leurs corrélateurs cognitifs et affectifs; les facteurs société, éducation et environnement; et les procédés diagnostiques et correctifs. Il faut aussi mentionner tout spécialement l'impact qu'exercent les progrès technologiques sur l'étude de la communication, tant normale que pathologique. Par exemple, les ordinateurs ont radicalement transformé les procédés diagnostiques en audiologie et en recherche auditive et ont favorisé le perfectionnement d'appareils électroniques pour les handicapés neurologiques. De plus, les techniques informatisées permettent une étude plus définitive des différents paramètres de la production et de la perception de la parole. En outre, l'arrivée de nouveaux instruments et techniques (comme le fibroscope, l'électromyographe, la palatographie dynamique et la radiographie) pour observer et mesurer les paramètres physiques de la production de la parole, introduit de nouvelles façons d'examiner la parole normale et perturbée et ouvre de nouvelles voies à la recherche ultérieure. Tous ces progrès ont indiscutablement amélioré le traitement des troubles de la communication.

L'orthophonie, l'audiologie et les domaines connexes ont fait des progrès remarquables au niveau des connaissances, mais il reste de graves lacunes. Nous avons sélectionné certains besoins actuels, conformes à l'esprit de ce livre sur les relations interdisciplinaires dans le domaine de la santé.

Il existe un grand besoin d'études définitives qui détermineraient l'efficacité des procédés thérapeutiques. Plusieurs méthodes thérapeutiques couramment utilisées n'ont jamais été soumises à une évaluation en bonne et due forme. Cette situation comporte des implications évidentes pour le patient, pour la prestation de services efficaces par rapport aux coûts et pour la crédibilité professionnelle face aux autres disciplines. Le besoin existe pour des recherches cliniques systématiques auprès de populations définies, dans le but d'évaluer et de comparer l'efficacité des traitements au niveau de l'approche et des procédés. Cette recherche systématique pourrait aussi s'intéresser à la sélection, l'applicabilité et l'utilisation des nombreux appareils de communication présentement disponibles (par exemple: appareils à clavier, systèmes de contrôle et d'enregistrement des messages, larynx artificiel, prothèses auditives). La documentation comprend de plus en plus d'articles concernant ces sujets (Boberg, 1981; Enderby et David, 1976; Gregory, 1979; Silverman, 1977; Riko, Cummings et Alberti, 1979).

Un des aspects inquiétants de la prestation des services de santé concerne l'identification des enfants qui risquent de développer des troubles de la communication. Il est essentiel d'élaborer des critères en vue de déterminer les groupes à risque élevé et de développer des techniques diagnostiques perfectionnées pour les déceler. L'urgence est la même pour les problèmes du langage, de la parole et de la voix, tout comme pour les problèmes auditifs où des progrès importants ont déjà été accomplis. Ces progrès auront des répercussions profondes sur la qualité de vie future de l'enfant, aussi bien que sur les coûts de santé et d'éducation défrayés par la société. Il nous faut des renseignements supplémentaires sur les procédés de dépistage précoce et de prévention, et sur la planification de programmes structurés pour leur mise en application (Van Hattum, 1980; Gerber et Mencher, 1976).

Il existe un besoin urgent d'élargir les approches multidisciplinaires, par exemple pour l'élaboration de prothèses destinées aux handicapés auditifs (exemple: audiophones, implants) et pour les troubles du langage. Le rapport du panel sur les troubles de la communication (Institut national de la santé, 1979) affirme que "Les dix dernières années de recherche démontrent clairement que les études productives sur la communication verbale chez les humains ne peuvent plus être pratiquées dan un isolement qui ne tient pas compte du développement sur le plan cognitif, social et physiologique. La complexité de la communication verbale, la durée de son acquisition, la base de ses origines, et une diversité de trouble déjà connus exigent, à l'avenir, des recherches interdisciplinaires effectuées sur une base très large".

Bien que l'avenir de la recherche pure et appliquée, sur la communication humaine et ses problèmes semble exiger une approche multidisciplinaire, il faut reconnaître que, nonobstant la contribution des autres disciplines, l'approche holistique qui est véritablement du ressort de l'orthophoniste et de l'audiologiste est essentielle à l'efficacité de cette recherche. Les audiologistes et les orthophonistes doivent occuper un rôle de premier ordre dans l'avancement des connaissances relatives à la communication humaine et à ses problèmes.

III. COMPÉTENCES CLINIQUES PROPRES AUX PROFESSIONS

(a) Orthophonie

Le rapport "Directives cliniques en orthophonie et audiologie" (Santé et Bien-être social Canada, 1982) définit l'orthophoniste" comme un professionnel impliqué dans la prévention, l'évaluation, le traitement et la correction des troubles du langage, de la voix et de la parole.

L'évaluation et le diagnostic de ces troubles de la communication englobe les aspects psychologiques, sociaux, culturels et cognitifs du problème, en plus d'évaluer les paramètres du problème lui-même. L'évaluation débute par une anamnèse comprenant un relevé du développement du problème de communication, les antécédents médicaux pertinents, l'état social, affectif, pédagogique ou professionnel du patient; et l'évaluation de l'impact ressenti par le patient et sa famille face au problème. Le développement de l'anamnèse varie en fonction de la nature du problème et tient compte de l'âge du patient. Par exemple, il est essentiel que l'évaluation d'un enfant comprenne les antécédents relatifs au développement moteur, sensoriel, cognitif, prélinguistique et linguistique en plus d'une histoire de l'acquisition de la parole et du langage, pour bien comprendre le problème dans sa totalité.

L'évaluation de la communication comprend les paramètres de performance et de compréhension au niveau du langage et de la parole. L'évaluation et la description des capacités de communication requièrent l'utilisation de plusieurs procédés dont des tests normalisés qui ont été développés dans le but d'examiner des capacités précises, de même que divers types d'appareils. Certaines mesures diagnostiques utilisent des procédés qui ne sont pas normalisés comme, par exemple, l'analyse linguistique d'un échantillon du langage. Certains procédés sont régulièrement utilisés pour l'évaluation, tandis que d'autres sont utilisés de façon sélective au choix du clinicien.

L'évaluation comprend un examen des mécanismes périphériques de la bouche; des fonctions auditives et de l'ouie; du langage réceptif et expressif (dont une analyse de la forme, de la fonction et de l'utilisation du langage, et la détermination des capacités syntaxiques, morphologiques et sémantique du patient); de la phonologie et de l'articulation (dont l'analyse de l'emploi correct et incorrect des phonèmes, et de la capacité à utiliser le système phonologique); des mécanismes de la voix (dont une mesure qualitative et quantitative de la qualité, de la hauteur et de l'intensité de la voix et comprenant une évaluation de la fonction respiratoire, du temps de réaction de la parole et du passage de l'air); du débit (comprenant les caractéristiques relatives à la vitesse, au rythme et à la synchronisation, y compris la fréquence, le genre, le lieu et la durée des débits irréguliers). En terminant l'évaluation, l'orthophoniste coordonne les résultats avec ceux d'autres disciplines lorsqu'applicable, et détermine les facteurs qui contribuent de façon significative au développement et au maintien du problème. Si une consultation s'impose, le patient est dirigé vers les professionnels des disciplines appropriées. Une fois ces étapes terminées, un programme thérapeutique structuré est établi.

L'orthophoniste a toute une gamme de modes de traitement et de techniques thérapeutiques à sa disposition, allant du programme d'enseignement structuré (Costello, 1978) au programme thérapeutique individuel moins structuré. Certains procédés impliquent l'utilisation d'appareillage pour l'analyse, la mesure et la modification des divers paramètres de la parole et du langage. Dans le cas d'un handicap sévère, le patient doit être pourvu d'un système de communication suppléant. Quel que soit le mode de traitement utilisé, il doit inclure l'application des principes de l'apprentissage et tenir compte des facteurs sociaux, psychologiques, de motivation et d'environnement qui ont un effet sur le trouble et sur sa résolution. En fin de compte, le choix du procédé thérapeutique repose sur le jugement clinique de l'orthophoniste responsable du cas.

Le rôle de l'orthophoniste l'amène souvent à agir comme conseiller auprès des familles, des suppléants et d'autres personnes ayant un rapport quelconque avec le patient. Dans certains cas, cette approche peut constituer le seul mode de traitement comme, par exemple, lorsqu'il s'agit d'un jeune enfant qui commence à bégayer. Dans un tel cas, les modifications apportées par les membres de la famille aux attitudes et au milieu de communication peuvent entraîner la rémission totale du problème. L'orthophoniste est aussi appelé à interpréter le problème et la situation du patient et à travailler en collaboration avec les organismes communautaires et les professionnels

de disciplines connexes, de même qu'avec les autres personnes qui sont directement impliquées avec le patient. Mentionnons comme exemples les contacts avec l'infirmière chargée des soins d'un patient aphasique en milieu hospitalier, ou avec l'enseignant responsable d'un enfant atteint d'un trouble du langage, ou avec l'employeur d'un adulte atteint de bégaiement.

Les procédés thérapeutiques doivent être soigneusement documentés, et réévalués périodiquement; des changements sont apportés selon les besoins. L'orthophoniste doit être sensibilisé au besoin de rajuster le mode de traitement et les priorités, en fonction de la réaction du patient et des conditions spéciales qui surviennent à un moment donné. Par exemple, si un programme en particulier n'entraîne pas les progrès escomptés chez l'enfant atteint d'un trouble d'apprentissage du langage, il est clair qu'il faut retourner auprès de l'équipe de réadaptation pour réviser, reconsidérer et réévaluer le cas.

Le traitement peut être offert sur une base intensive ou prolongée, et en groupe ou individuellement. Le programme intensif peut durer de deux à trois semaines allant jusqu'à une période de quelques mois. Quelle que soit la structure du traitement, il est essentiel d'y inclure une juste évaluation des résultats, de même que des contrôles périodiques du patient.

La complexité des troubles de la communication et l'étendue des nouvelles connaissances maintenant disponibles grâce à la recherche, ont entraîné une spécialisation accrue au sein de la profession orthophonique. Beaucoup d'orthophonistes deviennent experts dans un aspect particulier des troubles de la communication comme, par exemple, lorsqu'il s'agit de troubles de la communication en présence de problèmes neurologiques, ou encore, de troubles de la voix et de problèmes de communication reliés à des problèmes d'apprentissage. Les nombreuses connaissances spécialisées dans ces domaines ont permis de développer des procédés thérapeutiques et diagnostiques discrets. Alors qu'actuellement on constate une tendance vers ce type de spécialisation, plusieurs orthophonistes doivent, encore aujourd'hui, traiter un large éventail de problèmes de la communication.

(b) Audiologie

L'audiologiste est le professionnel de la santé dont la principale préoccupation est l'identification, l'évaluation et la réadaptation de personnes atteintes de troubles auditifs.

Chez l'audiologiste, l'identification et l'évaluation de la fonction auditive est une compétence fondamentale, puisque cette connaissance est un prérequis au traitement des handicapés auditifs. Tous les audiologistes ont les compétences requises pour administrer et interpréter une batterie de procédés audiométriques, dans le but de déterminer les seuils de réceptivité auditive d'une gamme de stimuli auditifs (degré de détérioration), ou d'établir la distinction entre les lésions conductives, cochléaires, mixtes ou rétro-cochléaires (site de la lésion). Ces tests sont administrés à l'aide d'instruments électro-acoustiques, comme l'audiomètre, dans des chambres insonorisées. L'audiologiste est responsable de l'entretien et du calibrage de tout l'équipement audiologique, conformément aux stipulations internationales et canadiennes (Santé et Bien-être social Canada, 1982).

La batterie de tests comprend de nombreux procédés. La nature du problème clinique et les conséquences des tests déterminent le type, la séquence et le nombre de tests qui feront partie de la batterie de tests effectués. Certains procédés sont élémentaires, exigeant un appareillage clinique de base, et ne prennent que quelques minutes à effectuer auprès d'un patient qui collabore (par exemple, la mesure du seuil d'un son pur chez un adulte normal).

Si un trouble auditif est décelé, des procédés plus complexes sont requis pour le quantifier et le localiser. Certains procédés avancés exigent un appareillage plus perfectionné, de même qu'une expérience et une expertise spécialisées de la part de l'audiologiste qui les administre et les interprète. Ces procédés peuvent durer entre une et deux heures. L'audiométrie par potentiel évoqué (APE) en est un exemple. Cette technique se fonde sur les changements électro-encéphalographiques produits par les sons et calculés par ordinateur. L'APE permet de mesurer la fonction auditive de certaines populations comme les nouveaux-nés et les cas où l'on soupçonne une déficience auditive non-organique, et qu'on ne peut tester par des méthodes moins perfectionnées. Elle permet aussi la détection audiologique plus perfectionnée de lésions neurologiques (Picton, Stapells, Campbell, 1981).

Par ailleurs, l'évaluation d'enfants très jeunes ou sévèrement handicapés, de patients en gériatrie, ou d'adultes atteints de troubles neurologiques, exigera peut-être la modification des méthodes habituelles, ou l'utilisation de techniques spéciales. Par exemple, l'évaluation de jeunes enfants est souvent effectuée au moyen de techniques comme l'audiométrie par conditionnement renforcé ou l'audiométrie par jeu. Dans le cas d'un adulte sévèrement handicapé ou d'une personne âgée, il sera peut-être nécessaire d'abréger les procédés cliniques d'évaluation, en considération de facteurs comme un temps de concentration limité, la fatigue et l'invalidité physique. L'audiologiste oeuvrant auprès de ces populations doit se familiariser à fond avec la batterie de tests diagnostiques; il doit être capable d'établir des priorités quant aux renseignements à obtenir et modifier son approche clinique en conséquence.

La (ré)éducation auditive est l'autre fonction clinique importante de l'audiologiste. La (ré)éducation auditive concerne "le soulagement des problèmes physiologiques et psychologiques reliés à la déficience auditive" (Clarke et Kendall, 1976). Elle englobe, par exemple, la sélection et l'ajustement de l'amplification auditive ou autre appareillage, le counselling auprès de l'individu et de sa famille, l'enseignement de la lecture labiale et de l'éducation auditive, et la consultation auprès d'autres professionnels pour obtenir l'évaluation ou le traitement de troubles psychologiques, sociaux, pédagogiques ou professionnels présents chez les patients. Le traitement d'un patient en particulier peut engager l'utilisation de la totalité ou d'une partie de ces éléments de (ré)éducation.

Le traitement audiologique de l'enfant qui présente une déficience auditive avant l'acquisition du langage et de la parole (éducation) est considérablement différent du traitement des personnes (habituellement des adultes) atteintes d'une déficience auditive après l'acquisition de la parole et du langage (rééducation). Le processus d'éducation est plus complexe que le processus de rééducation, du fait que les capacités de communication doivent être apprises en l'absence du principal instrument de développement du langage et de la parole, c'est-à-dire l'audition.

Tous les audiologistes ont les compétences requises pour établir le diagnostic et entreprendre la (ré)éducation de la déficience auditive, mais le champ d'intérêt de la pratique professionnelle varie selon le milieu de travail et la nature des problèmes cliniques décelés. Au Canada, la majorité des audiologistes travaillent en milieu médical où le champ d'intérêt vise les procédés diagnostiques, la (ré)éducation étant habituellement limitée à la sélection et à l'évaluation des appareils d'amplification. Certains milieux médicaux offrent d'importants programmes de (ré)éducation auditive, mais ils sont plutôt rares.

L'audiologiste qui travaille en milieu médical, et surtout dans un centre hospitalo-universitaire, est souvent appelé à enseigner au personnel médical et à offrir des stages de formation aux professionnels de disciplines connexes.

La pratique clinique de l'audiologiste en milieu de (ré)éducation vise un autre champ d'intérêt. Par exemple, l'audiologiste à l'emploi d'un organisme pour déficients auditifs ou d'un programme provincial de distribution d'appareils auditifs, est normalement plus impliqué dans la prestation de services comme les programmes d'entraide communautaire, la distribution de prothèses auditives et la (ré)éducation auditive, que dans l'audiologie diagnostique. Les activités professionnelles de cet audiologiste sont nécessairement plus étendues, afin qu'il puisse subvenir aux multiples besoins des handicapés auditifs.

En milieu scolaire, l'audiologiste agit en tant qu'agent de développement pédagogique au niveau scolaire et préscolaire chez les enfants atteints d'une déficience auditive. Il est chargé de l'implantation et de la gestion des programmes de dépistage en milieu scolaire, et il doit effectuer les contrôles ultérieurs. Il donne des conseils sur l'amplification et s'occupe de la gestion de base des appareils d'amplification. Un des aspects importants du rôle de l'audiologiste en milieu scolaire concerne l'élaboration et l'installation des programmes de rééducation auditive, pour suppléer au programme scolaire d'un enfant en particulier.

D'autres audiologistes s'intéressent aux problèmes des travailleurs exposés à des bruits intenses en milieu industriel. Ces audiologistes effectuent des évaluations extrêmement détaillées et précises pour des fins d'indemnisation industrielle dans les hôpitaux et les centres de réparation des accidents de travail, ou encore ils s'intéressent aux programmes de conservation de l'audition en milieu industriel. Il arrive souvent que l'audiologiste en milieu industriel occupe un rôle d'enseignant auprès de professionnels de la santé et de la prévention, des travailleurs et des employeurs, dans le but de transmettre l'information sur les effets du bruit et sur la nécessité d'une utilisation efficace des appareils auditifs protecteurs. En plus de posséder des compétences au niveau du diagnostic et de la rééducation, l'audiologiste en milieu industriel doit être au courant des appareils pour mesurer le niveau du bruit, des milieux de travail, et des normes et règlements pertinents.

Les responsabilités cliniques de l'audiologiste sont décrites de façon plus détaillée dans le rapport "Directives cliniques en orthophonie et audiologie", 1982).

IV. EXPÉRIENCE SUBJECTIVE ET ATTENTES PROFESSIONNELLES

(a) Relations interprofessionnelles

L'identification et le traitement efficaces des problèmes de la communication dépendent d'une collaboration étroite avec les professionnels de plusieurs autres disciplines. Certaines disciplines travaillant en interaction avec les audiologistes et les orthophonistes sont officiellement identifiées dans le présent livre, d'autres ont fait l'objet d'ouvrages antérieurs.

La nature de l'interaction professionnelle, pratiquée tant au moment du diagnostic qu'au cours de la réadaptation, varie en fonction du type de patient et du milieu dans lequel les services sont dispensés. Par exemple, dans le cas de Belinda (présenté à l'Annexe), une équipe interdisciplinaire spécialisée s'implique tant sur le plan diagnostic que sur le plan traitement. Cette interaction professionnelle se poursuit pendant longtemps. Le modèle d'une équipe interdisciplinaire comparable, où l'orthophoniste et l'audiologiste jouent un rôle important, est celui de l'équipe impliquée dans les soins d'un adulte atteint neurologiquement, d'un patient aphasique par exemple, ou d'un enfant souffrant de déficience auditive sévère. Par ailleurs, certains cas n'impliquent qu'une seule autre discipline et peuvent se résumer à un seul contact. Par exemple,

un orthophoniste demande au psychologue de faire une évaluation dans le but d'établir le niveau d'intelligence d'un patient; ou encore, un médecin travaillant en milieu industriel demande à l'audiologiste de donner un programme de formation sur les aspects audiologiques d'un programme global de conservation de l'audition.

Quelle que soit la structure des rapports interdisciplinaires, c'est la qualité de ces rapports qui, en fin de compte, détermine leur efficacité. Idéalement, toute interaction professionnelle doit démontrer un échange d'information sans restrictions, une absence de réactions défensives, et la volonté d'entretenir de bonnes relations. Bien qu'une interaction interdisciplinaire réussie exige, en partant, d'accepter les rôles et d'être conscient des connaissances de chacune des disciplines, il ne faut pas négliger l'importance d'un respect mutuel face à la contribution de chaque discipline.

Bien entendu, toutes les interactions professionnelles ont leurs zones potentielles de conflit. Les audiologistes et les orthophonistes partagent avec les collègues des autres disciplines des problèmes reliés aux conflits de personnalité; des conflits d'opinion concernant le traitement d'un patient; l'empiètement des rôles professionnels; et la délimitation des pouvoirs et responsabilités. Pour les orthophonistes et les audiologistes, les conflits potentiels résultent d'un manque à reconnaître leurs domaines d'expertise, et d'une mauvaise perception de leur rôle professionnel. Ces problèmes découlent, en partie, du fait que l'audiologie et l'orthophonie sont des professions relativement récentes dans les domaines de la santé et de l'éducation. De plus, lorsque des professions nouvelles émergent, les organisations hiérarchiques traditionnelles peuvent être bouleversées, surtout lorsqu'il s'agit d'un modèle médical de traitement du patient, où le médecin est seul responsable de tous les aspects thérapeutiques. Tous ces domaines problématiques exigent tact et sensibilité de la part des orthophonistes et des audiologistes, afin d'assurer une collaboration interprofessionnelle efficace. La plupart des conflits peuvent être évités si la relation est envisagée avec une attitude d'ouverture et de bonne volonté, et si l'interaction est orientée vers les besoins du patient.

Il est particulièrement important pour le patient souffrant d'un trouble de la communication que les professionnels des autres disciplines soient conscients de la disponibilité des services offerts par l'audiologiste et l'orthophoniste, et des avantages particuliers s'y rattachant. Puisque ce sont souvent les professionnels des disciplines connexes qui voient le patient en premier, ils sont donc en mesure d'assurer ces services au patient. De plus, cela facilite l'identification et permet d'accélérer la consultation en vue d'augmenter l'efficacité du traitement. Il va de soi que les orthophonistes et les audiologistes partagent une responsabilité comparable quant aux consultations auprès des autres professionnels lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

(b) Questions en suspens dans les professions

Les questions abordées ont été reconnues par le Questionnaire des associations provinciales et par les auteurs comme ayant une signification importante pour les professions d'orthophonie et d'audiologie à l'heure actuelle. Bref, ces problèmes concernent les normes, l'enseignement à la communauté et aux professionnels des autres disciplines de la santé, et la disponibilité des services pour les personnes souffrant de troubles de la communication.

La question mentionnée le plus souvent par les associations provinciales, tant du côté orthophonie que du côté audiologie, concerne la réglementation statutaire des professions. Deux provinces canadiennes seulement, soit le Québec et le Manitoba, ont prévu des dispositions légales visant

les qualifications requises pour pratiquer l'orthophonie et l'audiologie. En Ontario, l'Association d'orthophonie et d'audiologie offre l'inscription volontaire, sans législation, aux membres et aux non-membres. Cependant, dans presque la moitié des provinces, y compris l'Ontario, on considère actuellement la possibilité d'une réglementation visant la certification. Une autre question également débattue à l'heure actuelle concerne la possibilité d'établir des normes professionnelles, à l'échelle nationale, pour ces professions. Ces délibérations, tant au niveau provincial qu'au niveau national, reflètent une volonté croissante d'améliorer la situation des professions et les normes relatives à l'exercice de la profession.

L'élaboration des directives cliniques en orthophonie et audiologie (Santé et Bien-être social Canada, 1980) démontre bien le besoin d'établir des critères uniformes. Ces directives, révisées en 1982, sont l'oeuvre d'un groupe de professionnels représentant les domaines d'orthophonie, d'audiologie, d'oto-laryngologie, de dentisterie et de sociologie médicale, sous l'égide du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. On ne sait dans quelle mesure ces directives seront appliquées par les professions et les provinces en tant que directives officielles ou en tant que repères flexibles dans l'exercice de la profession. Leur élaboration est remarquable cependant, du fait qu'elles représentent la première initiative jamais entreprise au Canada dans le but de définir les paramètres de pratique professionnelle en orthophonie et audiologie, telle qu'elle existe aujourd'hui.

La prise de conscience accrue des professions face au besoin d'assumer l'imputabilité du travail accompli, est un autre aspect visé par les directives. Plusieurs provinces ont mentionné l'importance de cette question dans le Questionnaire des associations provinciales. On en fait mention dans la documentation professionnelle depuis quelque temps (Adair et Griffen, 1979; Bouchard, 1977; Siegel, 1975; Mowrer, 1972). Un nombre croissant d'audiologistes et d'orthophonistes s'impliquent dans des procédés pour répondre de leur travail, tant au niveau intradisciplinaire qu'au niveau interdisciplinaire. En plus de jouer un rôle évident dans la qualité des services rendus, l'imputabilité est devenue de plus en plus importante en raison des restrictions budgétaires qui exigent une preuve que les services sont non seulement efficaces, mais efficaces par rapport aux coûts.

L'embauche de personnel autre que des orthophonistes et des audiologistes pour évaluer et soigner les personnes atteintes de troubles de la communication est une autre question reliée à la qualité et au rapport coût-efficacité des services. Ce personnel comprend des personnes diversement identifiées au Canada comme étant des aides-orthophonistes, des techniciens audiométriques, des aides de communication, le personnel des examens auditifs, et des travailleurs bénévoles. Ces personnes exercent des fonctions variées, avec ou sans la participation directe de l'orthophoniste ou de l'audiologiste. Moyennant une préparation et une surveillance appropriées, elles peuvent contribuer de façon importante au traitement des troubles de la communication, et constituer un complément viable aux services professionnels de l'orthophoniste et de l'audiologiste (Ling, Skalny, Kroll et Yovetich, 1973; Galloway et Blue, 1975). L'affectation de ce personnel aux fonctions routinières, par exemple, permet aux professionnels de se libérer pour les responsabilités nécessitant un niveau plus élevé de compétences et de formation. Les répercussions sur le rapport coût-efficacité sont évidentes. Il importe cependant de garantir la qualité des soins, en s'assurant que ce personnel reçoit une préparation conforme au travail, et que le travail est accompli sous une surveillance appropriée. Malheureusement, la surveillance et la préparation ou la formation sont souvent insuffisantes et parfois inexistantes. Alors que plusieurs reçoivent une formation sur le tas pour une tâche ou un groupe de tâches précises, d'autres ne reçoivent aucune préparation, ou reçoivent une formation de la part de personnes qui n'ont pas les qualifications requises pour cette responsabilité. Cependant, bien qu'il ne s'agisse pas de contester le besoin d'une surveillance adéquate, on peut débattre de la nécessité de leur donner

une formation officielle quelconque. Il est clair que ces questions, et toute ce qui concerne l'utilisation de ce personnel auxiliaire (y compris la définition d'emploi et les attentes professionnelles), doivent être rigoureusement étudiées par les professions à l'échelle du Canada dans le but de garantir des normes élevées de qualité des soins.

Une autre question relative aux normes des services cliniques, et désignée dans le Questionnaire des associations professionnelles comme étant une source de préoccupation pour les audiologistes de plusieurs provinces, concerne les moyens mis à la disposition du public pour obtenir des prothèses auditives. Au Canada, il existe une diversité de mécanismes permettant d'obtenir une prothèse auditive. Il arrive souvent que l'individu achète lui-même sa prothèse auditive. Il peut aussi l'obtenir par l'entremise d'un régime d'assurance privée, de la Commission des accidents de travail, et d'organismes pour les anciens combattants; par le biais de programmes provinciaux à l'intention de populations spéciales comme les retraités ou les enfants; ou par le biais de programmes qui sont subventionnés par les provinces et qui offrent les prothèses auditives au prix coûtant. Elles peuvent être distribuées par des audioprothésistes ou des audiologistes. Dans certaines régions, cette distribution est sujette à des lois provinciales. Les questions relatives au système de prestation des prothèses auditives est complexe et le point contentieux varie chez les audiologistes, selon la région où ils exercent leur profession. En règle générale, ces questions concernent le besoin ressenti par les audiologistes d'intégrer la distribution des prothèses auditives aux services de rééducation auditive. Elles concernent aussi les répercussions sur la (ré)éducation des patients dans les provinces où il est interdit aux audiologistes d'ajuster et de distribuer des prothèses auditives. Cependant, lorsque des professionnels s'impliquent dans la distribution d'appareils produits commercialement, il est inévitable que soient soulevées des questions sur le caractère professionnel de cette activité. Les audiologistes, les médecins et les audioprothésistes considèrent cette question sous des perspectives différentes; le règlement aura des répercussions évidentes sur les normes des soins aux handicapés auditifs.

D'autres questions intéressant les deux professions concernent les services de (ré)éducation auditive. Deux de ces questions concernent le manque de services complets pour les déficients auditifs adultes d'une part; et le choix d'une méthode pour le développement de la communication chez les enfants d'âge scolaire et préscolaire d'autre part. Le service global pour adultes, tel qu'il est offert dans plusieurs pays européens (Markides, 1977), n'est pas très répandu au Canada (Wallace, 1973). Les services de réadaptation se concentrent sur la sélection et, dans certaines provinces, la distribution de prothèses auditives mais on insiste peu sur la prestation des autres services nécessaires comme le counselling intensif, l'apprentissage de l'élocution, de la lecture et de l'audition, l'apprentissage de la communication manuelle, et l'orientation professionnelle. Quant au choix d'une méthode d'éducation pour l'enfant atteint d'un handicap auditif, il soulève de vives controverses en ce qui concerne la meilleure stratégie à utiliser pour permettre à chaque enfant de développer ses capacités de communication au maximum. Il existe plusieurs méthodes d'éducation pour ces enfants. Elles varient selon la modalité (vision ou audition) et la forme utilisée (écriture, épellation, signaux, indicateurs, lecture labiale ou parole). Comme exemples de ces méthodes, il y a l'approche orale, manuelle, ou de communication totale. L'approche orale, par exemple, insiste sur le langage parlé et écrit (peut inclure des entrées auditives, visuelles, tactiles, ou multisensorielles), tandis que d'autres approches insistent sur l'utilisation, en supplément ou tour à tour, des signaux ou de l'épellation avec les doigts. Cependant, le choix de la méthode est souvent fondé sur les espoirs ou les philosophies, en raison du "manque accablant de données objectives "sur lesquelles fonder ces choix, et en raison de la pénurie de personnel ayant la formation requise pour utiliser ces méthodes (Ling, Ling et Pfiaster, 1977). Ce sujet suscite beaucoup d'émotions, polarisant en diverses factions, parents, éducateurs, administrateurs, médecins et audiologistes.

Le Questionnaire des associations professionnelles et la documentation professionnelle font état d'une autre question aux dimensions plus vastes, impliquant l'orthophonie et l'audiologie. Il s'agit du besoin d'améliorer la compréhension des problèmes de la communication dans le public et chez les professionnels de disciplines connexes (Barkmeier, 1976; Carnell, 1976; Van Hattum, 1977). Une prise de conscience accrue face à l'existence des troubles de la communication, de leurs effets sur l'individu, de leur nature et des possibilités de correction, se répercute sur leur prévention et leur identification, de même que sur l'accessibilité aux services et la qualité des soins.

Le besoin d'améliorer la notoriété est d'une importance cruciale lorsqu'il s'agit d'effectuer un dépistage précoce des troubles de la communication et de faire les consultations qui s'imposent, et qui sont essentielles pour un traitement efficace, des résultats positifs et la prévention de problème sérieux et souvent chroniques. Il est bien connu, par exemple, que les enfants atteints de troubles du langage sont sujets aux échecs scolaires (The American Speech-Language-Hearing Association, 1976). On sait aussi que, chez les enfants canadiens, les déficiences auditives graves sont diagnostiquées vers l'âge de deux ans en moyenne, parce que beaucoup de médecins ignorent qu'il existe des techniques audiologiques pouvant dépister et quantifier la perte de l'ouïe chez les très jeunes enfants (Wong et Shaw, 1979). Du fait que le public et les professionnels ne soient pas suffisamment renseignés à ce sujet, ces enfants courent le risque d'avoir déjà dépassé le stage critique de l'acquisition du langage, ou d'être déjà à l'école et aux prises avec des problèmes d'apprentissage, avant qu'ils ne soient dirigés vers un traitement. Les coûts qu'impose à la société cette incapacité à fournir les diagnostics et les traitements à temps, et ses effets irréversibles sur l'enfant, sont évidents (Institut national de la santé, 1979; Rapin, 1978). On pourrait établir plusieurs parallèles avec la population adulte.

Il n'est pas possible d'aborder toutes les questions d'importance. Nous n'avons pas parlé du besoin d'étendre les services vers des populations spéciales (les populations bilingues nombreuses du Canada, les enfants d'âge préscolaire, les personnes âgées, les populations rurales); ni du besoin de multiplier les recherches pures, les recherches appliquées, et les ressources pour les réaliser; ni des répercussions d'une tendance vers l'accroissement de la spécialisation; ni de l'augmentation du nombre de professionnels. Toutes ces questions, et plusieurs autres, représentent un défi continuel pour ces professions en pleine évolution.

(c) Avantages, satisfactions et défis professionnels

En parcourant ce chapitre, on se rend bien compte que l'orthophonie et l'audiologie sont de jeunes professions dynamiques offrant des défis stimulants et des occasions uniques pour participer à la croissance et à l'affermissement de ces disciplines. Le défi se situe au niveau de la complexité de la communication, de ses problèmes et des personnes qui en sont atteintes; des confins de la connaissance en recherche et en pratique clinique qui attendent d'être exploités; du besoin de diffuser les services; des occasions possibles d'influencer les attitudes de la société à l'égard des personnes atteintes de troubles de la communication; et de la possibilité d'influencer la croissance et le développement des professions. De plus, les orthophonistes et les audiologistes partagent, avec les professionnels des domaines connexes de la santé et de l'éducation, l'occasion privilégiée d'exercer un impact positif sur la vie de bien des personnes. Il est extrêmement satisfaisant de contribuer à l'amélioration ou à l'atténuation d'un des handicaps les plus invalidants chez les humains, le trouble de la communication. Le sentiment d'être utile est sûrement ce qui traduit le mieux cette satisfaction (Van Riper, 1979).

V. SOURCES

(a) Main-d'oeuvre

Les données sur l'effectif d'orthophonie et d'audiologie au Canada sont approximatives à l'heure actuelle. Dans toutes les provinces sauf deux (où la certification est obligatoire) les orthophonistes et les audiologistes ne sont pas tenus d'être membres des associations provinciales et nationales. Par conséquent, il n'existe pas de données précises sur le nombre de professionnels exerçant ces professions. Toutefois, des démarches ont été entreprises par l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie, en collaboration avec les associations provinciales, dans le but d'obtenir des données définitives sur la main-d'oeuvre. De plus, les auteurs ont obtenu des renseignements sur la main-d'oeuvre, par le biais du Questionnaire des associations provinciales. Bien que les données disponibles ne soient pas concluantes et qu'elles doivent, par conséquent, être interprétées avec réserve, on peut se permettre certaines extrapolations.

D'après le questionnaire, les associations provinciales d'orthophonie et d'audiologie comptaient environ 1400 membres en 1980. Cependant, le nombre total de professionnels au pays pourrait atteindre 1800 à l'heure actuelle. Le questionnaire indique que, mis à part les provinces ayant des dispositions légales à cet effet, le nombre de professionnels qui adhèrent aux associations professionnelles est de moins de 80 pour cent dans toutes les provinces, sauf une. De plus, le questionnaire indique que les audiologistes sont moins nombreux que les orthophonistes à devenir membres de leur association professionnelle.

Nous savons qu'environ 150 diplômés des programmes canadiens de formation s'ajoutent annuellement à l'effectif, mais nous ne savons pas exactement combien de professionnels en exercice ont obtenu leur diplôme à l'étranger. Une étude effectuée par l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie (1978) indique toutefois qu'ils pourraient représenter 50 pour cent ou plus de l'effectif.

Les données nous révèlent que presque 50 pour cent des praticiens ont entre six et 26 ans d'expérience; parmi ceux-ci, un peu plus de la moitié accusent entre six et dix ans d'expérience (Branch, 1980). Les données d'une étude effectuée en 1978 indiquent que les orthophonistes et les audiologistes ont une moyenne de 11 ans d'exercice au sein de leur profession (à partir de la date d'obtention du niveau le plus avancé en orthophonie et audiologie). L'ensemble de ces données et des données actuelles sous-entend que les professionnels canadiens exercent leur profession passablement plus longtemps que leurs collègues américains. (Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie, 1978).

(b) Associations professionnelles

Pour plus de renseignements concernant les exigences d'entrée dans la profession, le code d'éthique, les dispositions légales, les règlements de la profession, les emplois disponibles et les services offerts aux personnes souffrant de troubles de la communication, on peut s'adresser aux associations provinciales et/ou à l'association professionnelle nationale, dont voici l'adresse:

Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie
Mount Royal Hotel
Mezzanine Floor
100 Front St. W.
TORONTO, Ontario
(416-366-9034)

(c) Programmes universitaires

Pour plus de renseignements concernant les programmes de formation en orthophonie et audiologie, y compris les conditions d'admissibilité et de formation scolaire requise, on peut s'adresser aux institutions suivantes:

Department of Speech Pathology and Audiology
Corbett Hall, Room 308
University of Alberta
EDMONTON, Alberta
T6G 2G4

The School of Audiology and Speech Sciences
Faculty of Medicine, University of British Columbia
VANCOUVER, British Columbia

School of Human Communication Disorders
HALIFAX, Nova Scotia

Graduate Department of Speech Pathology
University of Toronto
TORONTO, Ontario

School of Human Communication Disorders
McGill University
MONTRÉAL, Québec

Program in Communicative Disorders
University of Western Ontario
LONDON, Ontario

École d'ort ophonie et d'audiologie
Université de Montréal
MONTRÉAL, Québec

(d) Perfectionnement professionnel

Les orthophonistes et les audiologistes partagent avec d'autres disciplines le souci de parfaire leurs connaissances, afin que les programmes de recherche et les programmes cliniques soient d'une efficacité optimale. Dans les deux provinces canadiennes où la certification est de rigueur, le perfectionnement professionnel est obligatoire pour les orthophonistes et les audiologistes; deux autres associations professionnelles envisagent la possibilité de rendre cette formation obligatoire.

Les programmes de perfectionnement professionnel sont offerts par les associations professionnelles, les universités, les hôpitaux et d'autres institutions impliquées dans ces services, dans la plupart des provinces canadiennes. Ces programmes sont organisés et appliqués sous diverses formes, y compris des ateliers, des cours et des séminaires, lesquels sont parfois interdisciplinaires. On peut obtenir des renseignements sur les programmes de perfectionnement professionnel en s'adressant aux associations professionnelles et aux universités.

ABKARIAN GG: The changing face of a discipline: isn't it 'romantic'? *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1977; 21: 422-435

ADAIR M, GRIFFEN K: Quality assurance: a professional quest for speech-language pathologists and audiologists. *Asha* 1979; 21: 871-874

AMERICAN SPEECH AND HEARING ASSOCIATION: Position Statement of the American Speech and Hearing Association on Learning Disabilities. *Asha* 1976; 18: 282-290

BARKMEIR J: School-community relations: an important aspect of a public school program. *Language, Speech and Hearing Services in the Schools* 1976; 7: 48-50

BOBERG E (édit.): *Maintenance of Fluency*. New York: Elsevier, 1981

BOONE, DR: Our profession: where are we? *Asha* 1977; 19: 3-6

BOUCHARD MM: Use of the problem-oriented medical record in the speech and hearing profession. *Asha* 1977; 19: 157-159

BRANCH J: Rapport du comité sur la main-d'oeuvre. *Hear Here* 1980, 4: 144-150

BYRNE MC: Challenge of the 80's - what's in a name? *Asha* 1980; 22: 981-982

ASSOCIATION CANADIENNE D'ORTHOPHONIE ET D'AUDIOLOGIE: Enquête de l'ACOA sur la main-d'oeuvre 1978. *Hear Here* 1978; 2: 122-125

CARNELL CM: *Development, Management and Evaluation of Community Speech and Hearing Centers*. Springfield: Charles C. Thomas, 1976

CLARKE BR, KENDALL, DC: Communication for hearing-handicapped people in Canada. Tiré de *Communication for the Hearing Handicapped: An International Perspective*, Oyer, HJ (édit.) Baltimore: University Park Press, Chapitre 4 73-129, 1976

COSTELLO JM: Programmed instruction. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1977; 42:1 3-8

GROUPE D'ÉTUDE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL: *Directives cliniques en orthophonie et en audiologie*. Ottawa: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1982.

ELDRIDGE M: *A History of the Treatment of Speech Disorders*. Edinburgh: E & S Livingstone, 1968.

ENDERBY P, DAVID M: Proposed evaluation of speech therapy for acquired aphasia. *British Journal of Disorders of Communication* 1976; 11: 144-418

FELDMAN AS: "A single profession?" *Asha* 1981; 23: 279

FELDMAN H: A history of audiology. *Translations of the Beltone Institute of Hearing Research* 1970; 22: 1-109

GALLOWAY HF, BLUE CM: Paraprofessional personnel in articulation therapy. *Language Speech and Hearing Service in the Schools* 1975; 6: 125-130

GERBER SE, MENCHER GT (édit.): *Early Diagnosis of Hearing Loss*. New York: Grune and Stratton, 1976

GILBERT J: Ruminate. *Hear Here* 1979; 3: 22-24

GOLDSTEIN R: The unit of communicology. *Asha* 1970; 12: 543-550

GOLDSTEIN R: Communicology revisited. *Asha* 1981; 23: 347

GREENBERG FR: One profession or two. *Hear Here* 1980; 4: 1-2

GREGORY HH (éd): *Controversies About Stuttering Therapy*. University Park Press, 1979

GUIDANCE CENTRE, FACULTY OF EDUCATION: *G.C. Occupational Information Monograph - Audiology*. Toronto: Université de Toronto, 1978

GUIDANCE CENTRE, FACULTY OF EDUCATION. *G.C. Occupational Information Monograph - Speech Pathology*. Toronto: Université de Toronto, 1978

LING D, SKALNY F, KROLL A, YOVETICH W: Conversation: speech pathology and audiology in Canada. *Human Communication* 1973; Hiver: 12-29

LING D, LING AH, PFLASTER G: Individualized educational programming for hearing-impaired children. *Volta Review* 1977; 79: 204-230

MARKIDES A: Rehabilitation of people with acquired deafness in adulthood. *British Journal of Audiology* 1977; Suppl. 1

MOORE GP: Have the major issues in voice disorders been answered by research in speech science? Une rétrospective de 50 ans. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1977; 42: 152-160

MOWRER DE: Accountability - a matter of ethics? *Asha* 1972; 15: 411-412

NATION JE, ARAM DM: *Diagnosis of Speech and Language Disorders*. La Compagnie C.V. Mosby, 1977

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL AND COMMUNICATIVE DISORDERS AND STROKE. *Report of the Panel of Communicative Disorders*. Publication du NIH No. 81-1914. U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979

PICTON TW, STAPELLS DR, CAMPBELL KB: Auditory evoked potentials from the human cochlea and brainstem 1981: 10 (Suppl. 9): 1-41

RAPIN I. Consequence of congenital hearing loss - a long-term view. *Journal of Otolaryngology* 1978; 7: 473-483

REES NS: Breaking out of the centrifuge. *Asha* 1979; 21: 992-997

REES NS: Learning to talk and understand. *Introduction to Communication Disorders*. HIXON TJ, SHRIBERG LD, SAXMAN JH (édit.): Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1980

REES, NS: E pluribus unum. *Asha* 1981; 23: 281-284

RIKO K, CUMMINGS F, ALBERTI PW: The role of communication aids in the rehabilitation of hearing impairment. *Journal of Otolaryngology* 1979: 8: 10-23

ROBERTS M: Discours du président à l'assemblée générale annuelle de l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie, 1981

SAWASHIMA M, COOPER FS (édit.): Dynamic *Aspects of Speech Production*. University of Tokyo Press, 1977

SCHEIN JD, DELK MT: *The Deaf Population of the United States*. Silver Spring, Maryland: National Association of the Deaf, 1974

SIEGEL GM: The high cost of accountability. *Asha* 1975; 17: 796-799

SILVERMAN FH: Criteria for Assessing *Therapy Outcome in Speech Pathology and* Audiology. *Journal of Speech and Hearing Research* 1977; 20: 5-20

UNIVERSITÉ DE COLOMBIE-BRITANNIQUE: Brochure décrivant le programme du School of Audiology and Speech Sciences 1981

VAN HATTUM RJ: Communicating for the Communicatively Handicapped. *Asha* 1977; 19: 322

VAN HATTUM RJ (édit.): *Communication Disorders*. New York: Macmillan Publishing, 1980

VAN RIPER C: *The Nature of Stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1982

VAN RIPER C: *A Career in Speech Pathology*. New York: Prentice-Hall, 1979

WALLACE G: *Canadian Study of Hard of Hearing and Deaf*. Ottawa: Canadian Council for the Disabled, 1973

WONG D, SHAW C: Identification of impaired hearing in early childhood. *Canadian Medical Association Journal* 1979; 121: 529-546

YANTIS PA: The objectives of the association: a fiftieth-year perspective. *Asha* 1976; 18: 3-7

CONCLUSION

Eve Kassirer et Einer Boberg

Dans les chapitres précédents, 16 professionnels de la santé ont fait un exposé des caractéristiques de leur profession, de l'interaction entre cette profession et les autres disciplines présentes dans les équipes de réadaptation, et du lien entre cette interaction et la qualité des soins. C'est peut-être la première fois qu'une description systématique des professions reliées à la réadaptation au Canada est présentée dans un seul volume -- permettant ainsi de voir et de comparer des caractéristiques qui sont utilisées depuis longtemps dans le cadre de l'analyse sociologique des professions, et qui comprennent: la sphère de connaissances propres à la profession, les compétences cliniques propres à la profession et les droits et responsabilités de la profession (voir par exemple: Carr-Saunders 1933; Vollmer et Mills, 1966; E. Kassirer, 1970). Pour une comparaison effectuée récemment aux États-Unis, voir Boyles, Morgan, McCaulley, 1982).

Ce rapport documente le fait que la connaissance accrue et la modification des caractéristiques susmentionnées seront les facteurs qui permettront d'effectuer des changements au sein des équipes de réadaptation. Un autre aspect important sera l'augmentation des structures organisationnelles démocratisées, permettant de nouveaux agencements structuraux. Plusieurs auteurs ont décrit des équipes interdisciplinaires de structure formelle, que dirigent à tour de rôle des responsables du dossier provenant d'une variété de professions. De cette façon, les équipes peuvent élaborer de nouveaux modes de collaboration. Il faut espérer que ces plans reposeront davantage sur des principes d'ordre rationnel ou juridique que sur les principes traditionnels (Weber, 1964). "Ce qu'il faut faire, donc, c'est élaborer des systèmes conformes aux besoins de notre société, plutôt que continuer à adapter des méthodes héritées d'autres temps et d'autres modes de vie. Quelles seraient les caractéristiques générales de ces systèmes? En tout premier lieu, les professions seraient probablement groupées en des classes beaucoup plus vastes qu'actuellement. L'argument qui appuie le choix du groupement plutôt que du classement hiérarchique est que la démocratisation des groupes professionnels est aussi essentielle au succès du nouveau modèle que la démocratisaton de l'accès à l'éducation l'était à notre économie pendant les années soixante" (Wright, 1978).

Avec les nouvelles connaissances qui s'ajoutent chaque jour aux sciences de la santé, aucune des professions reliées à la réadaptation ne peut s'étendre à tout le front de la santé. Et il est naturel que de nouvelles professions surgissent pour combler les lacunes. Mais les professions établies feront-elles place à ces nouvelles professions, qui ont leur propre shpère de connaissances et de compétences? Jusqu'à quel point réussiront-elles à partager les responsabilités et les droits? Et les nouvelles professions sauront-elles faire la division du travail entre elles? Les associations professionnelles nationales étudient présentement ces questions -- individuellement et collectivement. Des décennies plus tôt, Durkheim avait étudié des questions similaires et avait théorisé que la division du travail entre des groupes spécialisés et différenciés conduirait à la dépendance réciproque et à la collaboration (1963).

En préparant leur présentation, les auteurs des chapitres ont non seulement fourni des données de nature objective, puisées dans documents publics, mais ont aussi décrit leurs impressions subjectives et leurs expériences personnelles, à la demande des éditeurs. Ces renseignements subjectifs ajoutent une dimension dynamique au rapport et font ressortir le fait que les équipes

sont composées de personnes qui ont le pouvoir d'élever ou non le niveau de collaboration. En fait, l'intention la plus fréquemment exprimée par les auteurs était de hausser le niveau de collaboration.

Cependant, quelques-uns des énoncés préparés par les auteurs révèlent une collaboration problématique et limitée au sein d'équipes de réadaptation. De tels énoncés reflètent peut-être l'état actuel de la profession en question relativement au travail d'équipe. Ce reflet de la réalité est utile en soi. L'idéal serait qu'on tende de plus en plus, au sein des professions, à déterminer la composition de l'équipe selon les besoins de chaque cas, en adoptant une structure de type matriciel.

Donc, on obtiendra des changements et on améliorera la qualité des soins en modifiant la façon dont les divers groupes professionnels se connaissent et se voient mutuellement, et en démocratisant les structures organisationnelles. Ceci nécessite que l'on considère les propriétés sociales de l'organisation et des rapports humains, en plus de la maladie et de la santé. Il faut aussi tenir compte du fait que les conceptions de la santé, les techniques de soins, les théories concernant les maladies et l'organisation des équipes de réadaptation sont fondés sur les modèles culturels de la société canadienne (Twaddle et Hessler, 1977).

À quelle vitesse les changements s'effectueront-ils? Les données d'évaluation auront une forte influence si elles démontrent l'efficacité des structures et des équipes de type démocratique, non seulement du point de vue de la qualité des soins, mais aussi du point de vue budgétaire. À cette fin, il faudra s'occuper de questions comme celles qui suivent. Quels centres au Canada recueillent actuellement ces données? Ces dernières indiquent-elles un effet favorable sur les patients? Indiquent-elles que les professionnels sont plus compétents? Que les membres des équipes possèdent beaucoup plus de connaissances? Que patients et professionnels récoltent plus d'avantages sociaux? Il est à espérer que les réponses seront affirmatives.

SOURCES DE RÉFÉRENCE

BOYLES MV, MORGAN MK, MCCAULLEY MH: *The Health Professions.* Philadelphia: W.B. Saunders, 1982

CARR-SAUNDERS AM, WILSON PA: *The Professions.* Oxford: Clarendon Press, 1933

KASSIRER E: Professionalization of the teaching occupation. In MANN WE (ed): *Social and Cultural Change in Canada.* vol. 2 Toronto: Copp Clark, 182-199, 1970

SIMPSON G: *Emile Durkheim,* New York: Crowell, 41-44, 1963

TWADDLE AC, HESSLER RM: *A Sociology of Health.* Part. 3. Saint Louis: Mosby Co., 139-159, 1977

VOLLMER HM, MILLS DL (eds): *Professionalization.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1966

WEBER M: *The Theory of Social and Economic Organization.* Chap. 3, New York: Free Press of Glencoe, 324-423, 1964

WRIGHT DT: The objectives of professional education. In SLAYTON P, TREBILCOCK M (eds): *The Professions and Public Policy* Toronto: University of Toronto Press, 126-129, 1978

ANNEXE

ILLUSTRATION DU CAS DE BELINDA

INTRODUCTION

Puisque le présent ouvrage visait, entre autres, à décrire le fonctionnement de groupes professionnels au sein des équipes de réadaptation, nous avons inclus l'illustration de cas suivante. L'histoire de "Belinda" est fondée sur un cas véritable vu par le docteur Robert Shea au Glenrose Hospital d'Edmonton. Nous avons changé l'âge, le nom et certains détails de sa maladie afin de lui assurer l'anonymat. Le rapport d'évaluation fut envoyé à chacun des auteurs à qui l'on demandait de décrire les méthodes diagnostiques et thérapeutiques qu'ils utiliseraient s'ils étaient membres de l'équipe de réadaptation. Il n'y eut aucune consultation au sujet de Belinda, les auteurs puisaient à même es connaissances et compétences propres à leur profession; les détails sont présentés ci-dessous.

De plus, en vue de démontrer comment un responsable de cas utiliserait l'information contenue dans les divers rapports, le docteur Shea assume le rôle de responsable de cas pour Belinda et rédige un bref rapport de conférence fondé sur les renseignements communiqués par les auteurs (Section B). Les détails fournis par chacune des professions sont présentés à la Section A ci-dessous.

Rapport d'évaluation préliminaire

Nom: Belinda

Date de naissance: le 15 janvier 1972.

Mère, gravida viii, para iv, a subi quatre avortements -- un enfant atteint de multiples malformations congénitales est décédé à la naissance. À sa naissance, Belinda pèse 2950 grammes; accouchement spontané, présentation du sommet; Apgar 2-6. Les malformations apparentes à la naissance sont--fissures palatines et labiales bilatérales graves; oeil gauche plus petit que l'oeil droit, colobomes bilatéraux; malformation bilatérale des oreilles avec absence de cartilage, microtie et papillomes de la peau dans la région pré-auriculaire. Périmètre crânien à la naissance, 15½ pouces.

À l'âge d'un mois, Belinda est admise à l'hôpital pour des examens de décèlent la présence d'un seul ventricule cérébral de même qu'une sténose de l'aqueduc. Un dérivation ventriculo-péritonéale (shunt) est pratiquée pour y remédier. Les interventions subséquentes comprennent: chirurgie réparatrice des fissures labiales à l'âge de 4 mois et des fissures palatines à l'âge de 18 mois; à 26 mois, repositionnement chirurgical des oreilles en vue de les remonter sur le crâne; otoplastie bilatérale à l'âge de 3 ans pour corriger le décollement du pavillon; révision de la dérivation V-P à l'âge de 6 ans; allongement de la columelle et greffe Abbe à 7 ans; à 7½ ans, myringotomies bilatérales avec installation de tubes de ventilation, en plus de restaurations dentaires. Aucune autre affection à part ces interventions; pas de méningite ni d'attaques. Retard dans les vaccinations obligatoires.

Les parents naturels sont vivants, de même que deux autres enfants normaux plus jeunes. Les antécédents familiaux ne révèlent aucun cas semblable à Belinda, sauf l'enfant difforme décédé à la naissance. Bélinda fréquente une école ordinaire mais elle éprouve des difficultés au niveau de la lecture. Son aspect physique lui attire des taquineries et elle est sujette aux crises de larmes et aux réactions émotives. Son professeur la décrit comme étant hyperactive. Sur le plan de l'appétit, du sommeil et des besoins naturels, son comportement est normal.

L'examen acutel révèle -- taille et poinds moins de 3%-ile et périmètre crânier 2%-ile. Présence d'un colobome à l'oeil droit, cataracte complète à l'oeil gauche, pupille gauche petite; ptérigion latéral à l'oeil droit, la cornée n'est toutefois pas atteinte. Les oreilles sont basses et dépourvues de cartilage, les canaux sont obstrués. Les fissures palatines et labiales ont été corrigées mais l'hypernasalité de la voix persiste. Les erreurs d'articulation sont nombreuses. Le reste de l'examen physique ne décèle rien d'anormal sauf pour une hypertonie des membres inférieurs, une augmentation des réflexes tendineux profonds et une raideur des tendons d'Achille et des tendons derrière les genoux. Belinda est incapable de marcher en équilibre sur une poutre; elle parvient à se tenir sur l'un ou l'autre pied pendant seulement 2-3 secondes. En raison des déficiences visuelles, elle est incapable d'attraper un ballon. Elle tient un crayon de la main droite, utilise l'oeil droit et manipule des ciseaux de la main gauche. Elle éprouve de la difficulté à copier des figures géométriques. Son calendrier de vaccinations est en retard. Elle a de nombreuses caries dentaires mais il n'y a pas de dents dans la région palatine. Présence de pédiculose. Sur le plan scolaire, elle est rendue au niveau de la première année en ce qui concerne la lecteure et l'arithmétique. D'après une évaluation intellectuelle antérieure, elle réussit mieux sur le plan verbal que sur le plan de la performance.

Les parents ne s'entendent pas sur la façon de traiter l'enfant; le père préfère l'école spécialisée tandis que la mère insiste pour que Belinda reste dans une école ordinaire. Il est évident que les rapports entre les parents sont considérablement tendus.

A. DÉTAILS FOURNIS PAR LES PROFESSIONS

PÉDIATRIE

Robert Shea

L'observation médicale de Belinda révèle des malformations congénitales multiples. Tel qu'indiqué ci-dessous, plusieurs interventions nécessaires ont déjà été pratiquées. Au moment de l'évaluation, on dénote les problèmes suivants:

1. Taille et poids moins 3%-ile et tour de tête à 2%-ile.
2. Colobome et ptérygion à l'oeil droit, petit globe. Pupille gauche petite avec cataracte complète; peut percevoir la lumière.
3. Oreilles: Absence bilatérale de cartilage; les oreilles externes sont basses, une intervention chirurgicale a déjà été pratiquée; atrésie bilatérale des canaux; otite séreuse bilatérale ayant entraîné une perte auditive.
4. Palais: Fissures palatine et labiale réparées antérieurement, voix hypernasale, erreurs d'articulation et fistule prémaxillaire antérieure.
5. dents: Caries et malocclusion.
6. Extrémités: Hypertonie des membres inférieurs; les tendons d'Achille et les tendons derrière les genoux sont tendus.
7. Equilibre et coordination: Mauvais équilibre à la poutre sur l'un et l'autre pied; incapable d'attraper un ballon. Utilise oeil droit (cataracte à gauche), main gauche; éprouve de la difficulté à traverser la ligne médiane avec la main gauche et à copier des figures géométriques.

8. Scolarité: A l'âge de 9 ans, est rendue au niveau de la première année en ce qui concerne la lecture et les mathématiques; le père préfère un établissment spécialisé tandis que la mère préfère l'intégration dans une école ordinaire; taquinée à l'école à cause de son apparence, ce qui provoque des larmes; professeur la décrit comme étant "hyperactive".

RECOMMANDATIONS POUR LES PROBLÈMES:

1. Obtenir la taille et le poids des parents naturels, de même que toute mesure chronologique de la taille et du poids de Belinda afin de déterminer le taux de croissance. Analyse thyroïdienne et radiographies pour déterminer l'âge osseux.
2. Consultation en optalmologie pour examen de l'état visuel actuel et traitement de la cataracte gauche si indiqué.
3. Consultation en otologie et bilan audiologique.
4. Consultation à une clinique de fissure palatine pour coordonner la chirurgie plastique et l'orthodontie.
5. Soins dentaires réguliers conjointement avec les traitements orthodontiques.
6. Bilans d'orthopédie et de physiothérapie en vue des traitements appropriés.
7. Évaluation ergothérapeutique en vue de connaître les mesures correctives indiquées pour son âge.
8. Évaluation psychologique du niveau intellectuel, comprenant des suggestions sur le plan comportemental pour les parents et le milieu scolaire.
9. Consultation en orthophonie pour évaluer la qualité de la voix et de la parole.
10. Il est recommandé que les services sociaux fassent une évaluation de la dynamique au sein de ce foyer, en plus d'une évaluation pédagogique axée sur son rendement scolaire actuel et sur la pertinence et l'aspect pratique du placement scolaire actuel et futur.

ORTHOPHONIE ET AUDIOLOGIE

Jean F. Walker

Une consultation adressée à une équipe de fissure palatine permettrait une évaluation interdisciplinaire et un programme thérapeutique optimal fourni par plusieurs professionnels dont l'orthophoniste, l'audiologiste, le spécialiste de la chirurgie plastique, l'otolaryngologiste, le radiologiste, l'orthodontiste, le dentiste, le psychologue, le travailleur social et le pédiatre traitant. Étant donné l'âge de Belinda et ses problèmes scolaires, il faut obtenir l'avis d'un représentant pédagogique en ce qui concerne ses aptitudes scolaires. Il sera ensuite possible de décider du traitement global en fonction des constatations de tous les membres de l'équipe.

Les observations de l'histoire de cas démontrent que l'évaluation de la communication chez Belinda doit commencer par une appréciation de son état auditif afin de déterminer si une intervention médicale ou audiologique s'impose. L'évaluation audiologique ne devrait pas présenter de problème puisque sur le plan du langage et de la parole Belinda est suffisamment développée pour permettre l'administration de la batterie de tests audiométriques de base, y compris l'audiométrie des sons purs et de la parole, de même que les mesures d'impédance. Ces tests permettront d'identifier et de quantifier toute déficience auditive.

Étant donné certains éléments de l'histoire de Belinda, notamment la malformation des deux oreilles externes et un APGAR inférieur à la moyenne, il y a de fortes chances qu'elle soit victime d'une perte auditive sur le plan conductif, sensoriel ou les deux. Le traitement chirurgical de la fissure palatine à l'âge de 18 mois, les myringotomies bilatérales et le placement de tubes de ventilation ont probablement contribué à réduire la composante conductive de sa perte d'audition, mais même un minimum de perte sur le plan conductif peut entraîner des problèmes d'apprentissage du langage chez les enfants. Bien qu'il soit peu probable qu'elle souffre d'une perte auditive importante sur le plan neurosensoriel parce qu'elle a atteint une certaine compétence au niveau du langage et de la parole, il est possible qu'elle ait subi une légère perte auditive sur le plan neurosensoriel. Cette perte aurait aussi un impact sur le développement de la parole et du langage.

En supposant qu'il existe une légère perte auditive bilatérale mixte à laquelle on ne peut apporter aucune correction médicale ou chirurgicale, il faut envisager le port d'un appareil auditif. Étant donné l'absence de cartilage, l'oreille externe ne pourrait probablement pas supporter le poids d'un appareil auditif porté derrière l'oreille, mais Belinda pourrait bénéficier d'une prothèse auditive intra-auriculaire installée dans une oreille au début. L'ajustement d'un appareil interne suppose que les canaux externes sont aptes à recevoir ce type de prothèse. Il existe une atrésie des canaux externes mais il fut quand même possible de pratiquer des myringotomies, ce qui laisse croire que ce type d'ajustement est praticable. Cependant, si l'état des canaux externes ne permet pas le port d'une prothèse interne, il faut envisager la possibilité d'une prothèse auditive à conduction osseuse. L'appareil intra-auriculaire est préférable cependant puisqu'il présente des avantages sur le plan esthétique. Pour Belinda, le facteur esthétique aurait un impact significatif sur son acceptation de l'appareil.

L'audiologiste doit être prêt à travailler efficacement avec les autres membres de l'équipe de réadaptation, les professeurs en particulier, puisque c'est par leurs observations qu'il pourra le plus efficacement juger de la réussite de l'ajustement de la prothèse auditive. Puisque la perte auditive chez Belinda aura très probablement une composante conductive, elle pourrait possiblement fluctuer et devrait par conséquent être vérifiée périodiquement pour déterminer s'il faut rajuster l'appareil ou si des soins médicaux additionnels s'imposent. Si elle accepte la prothèse interne et qu'elle fait des progrès, il y aurait peut-être lieu d'envisager une installation bilatérale en lui posant une deuxième prothèse.

Une des principales tâches de l'audiologiste sera de conseiller les parents de Belinda au sujet de son handicap auditif et de la nécessité de lui poser une prothèse auditive et voir à son entretien. Il faut aussi renseigner les parents sur d'autres appareils de communication, l'amplificateur téléphonique par exemple, qui permettraient de réduire son handicap auditif.

L'orthophoniste, pour sa part, évaluerait le degré de résonance hypernasale et son rapport avec la compétence vélopharyngienne. Des examens radio-cinématographiques, des études sur le passage de l'air et une endoscopie au fibroscope permettraient de confirmer l'évaluation et de déterminer le degré d'incompétence vélopharyngienne. Suivrait ensuite un examen des mécanismes oraux périphériques dont une évaluation des mouvements de la langue, de l'alignement dentaire, de la capacité à mordre, de la longueur et la mobilité du voile du palais, et de l'emplacement et la taille des fistules à la voûte ou au voile palatins. Des tests d'articulation utilisant un échantillonage formel ou informel adapté aux besoins du client avec une fissure palatine évalueraient sa production des sons par rapport au degré de tension et de fonction valvulaire requis. L'orthophoniste commence souvent par un groupe de sons dont la production requiert une compétence vélopharyngienne maximale, c'est-à-dire les sifflantes. Ces sons peuvent être évalués en fonction

de leur production phonétique et de leur organisation phonémique, et aussi par rapport à la présence visible ou audible d'un échappement d'aire nasal. On évaluerait ensuite les sons fricatifs et les sons explosifs.

En présumant que la perte auditive chez Belinda est accompagnée d'une incompétence vélopharyngienne, il faut s'attendre à des difficultés au niveau des groupes de sons à haute fréquence y compris /s/, /sh/, et les consonnes affriquées /ts/ et /dz/. Ces sons sont particulièrement difficiles à prononcer dans le cas d'une fissure palatine et, puisqu'ils sont fréquents en anglais et en français, l'élocution peut contribuer de façon importante à réduire l'intelligibilité de la parole.

Les aptitudes au langage, tant réceptif qu'expressif seraient évaluées par des tests officiels ou par un échantillonage du langage. Ces aptitudes peuvent être évaluées en rapport avec ses capacités cognitives telles que déterminées par le psychologue et les rapports scolaires. Étant donné ses mauvaises notes en arithmétique et en lecture, l'évaluation du langage serait probablement étroitement liée à ses capacités cognitives en général. Si l'on opte pour un programme de correction du langage, il doit être adapté aux besoins et aux capacités spécifiques de Belinda.

Pour compléter l'évaluation, il faudra interroger Belinda sur ses propres réactions à l'égard de ses capacités de communication et des réactions de ses pairs.

Le traitement viserait à améliorer ses capacités articulatoires et à réduire l'hypernasalité et les déficiences linguistiques, s'il y a lieu. Si l'orthophoniste qui pratique le traitement n'est pas l'orthophoniste de l'équipe de fissure palatine, le programme sera conçu et adapté avec sa collaboration. En admettant que l'incompétence vélopharyngienne est assez prononcée, il faut alors considérer la possibilité d'une intervention chirurgicale secondaire comme la pharyngoplastie dans le but de prolonger le voile qui semble être trop court. Cela s'insère dans un programme thérapeutique complet visant à améliorer ses capacités de communication. Le programme thérapeutique comprendrait aussi l'utilisation appropriée de sa prothèse auditive.

Afin d'aider Belinda à prendre de nouvelles habitudes nécessaires à une production de sons adéquate, une approche thérapeutique pertinente serait de tenir compte de sa capacité à former de nouveaux sons d'après les règles de coarticulation et d'éléments distincts. D'autres approches thérapeutiques seront peut-être nécessaires comme, par exemple, les méthodes de placement phonétique, la méthode motokinesthésique, la stimulation visuelle, ou une combinaison de ces différentes méthodes. Un jugement clinique bien fondé et une documentation sérieuse des progrès serviraient à indiquer les changements de stratégie qui s'imposent. Pour décider dans quel ordre les sons doivent être appris, il faut se fonder sur l'aptitude à la stimulation de phonèmes défectueux ou manquants spécifiques et sur l'apparition hirarchique des phonèmes telle qu'elle se produit dans le développement normal de la parole et du langage.

Il est fort probable que le problème de résonance de Belinda, soit son hypernasalité, ne serait pas spontanément amélioré suite au deuxième traitement chirurgical. Un changement qui entraînerait une résonance normale serait intégré à son programme de traitement, et toutes les mesures qui l'aideraient à percevoir cette différence au niveau de la résonance seraient soigneusement planifiées pour faciliter le changement sur le plan de la parole contrôlée et spontanée. Il faudrait absolument miser sur la rétroaction auditive afin que Belinda puisse percevoir les différences au niveau de la résonance. Des appareils électro-mécaniques, pour mesurer l'intensité vocale par exemple, pourraient l'aider à maîtriser plus rapidement sa résonance hypernasale.

Enfin, quel que soit le programme thérapeutique choisi, il serait soigneusement adapté aux besoins spécifiques de Belinda. Pour réapprendre des sons et apporter des changements à la voix, il faut un entraînement intensif à la maison, de même qu'un contrôle vigilant. Ce genre d'apprentissage est impossible si l'on s'en tient à une ou deux séances de thérapie d'une durée de 30 minutes à chaque semaine. Si l'on veut que le processus total de réadaptation soit efficace, il faut à tout prix obtenir la collaboration de l'enfant, de l'école et de la famille pour le renforcer et le consolider.

En conclusion, vu les nombreux problèmes de Belinda y compris ceux de la communication, il est essentiel que tous les aspects de son état soient continuellement contrôlés par les membres de l'équipe de fissure palatine qui, à leur tour, se renseigneront les uns les autres lorsque des changements se produiront. Il importe aussi que les parents reçoivent une explication claire et complète des constations et des recommandations de l'équipe. Il faut aussi donner aux parents la possibilité de discuter de leurs inquiétudes et de leurs sentiments à l'égard du traitement recommandé par l'équipe pour leur enfant. En fin de compte, c'est l'acceptation et la collaboration des parents qui détermineront le résultat du programme de réadaptation de Belinda.

P S Y C H I A T R I E

R.C. Bland et G.D. Watson

L'évaluation psychiatrique de l'enfant atteint de malformations multiples y compris les dommages cérébraux part d'un principe fondamental, à savoir que ces incapacités proviennent de deux étiologies distinctes bien qu'interdépendantes: l'effet direct d'un fonctionnement cérébral anormal sur les capacités cognitives, émotives et comportementales, et les conséquences psychologiques et sociales qu'entraînent la présence de troubles graves du système nerveux central et d'autres anomalies. L'évaluation psychiatrique viserait à estimer ces incapacités individuellement en recueillant tous les renseignement pertinents par le biais d'une anamnèse effectuée auprès de la patiente et de sa famille, de l'examen physique, des données de laboratoire et de radiologie, et des renseignements fournis par les professions connexes. Les interventions seraient elles aussi planifiées en fonction de ces deux étiologies de base.

Il est évident que le dysfonctionnement cérébral congénital contribue aux troubles comportementaux chez Belinda. Historiquement, les enfants atteints de multiples malformations congénitales souffrent presque toujours de malformations coïncidentes du système nerveux central; les résultats d'examens radiologiques effectués à l'âge d'un mois le confirment. Le faible taux d'APGAR à la naissance laisse entendre la possibilité de dommages cérébraux causés par l'anoxie.

A l'heure actuelle, les troubles de lecture, l'hyperactivité comportementale, les anomalies au niveau du tonus musculaire et des réflexes des membres inférieurs, et l'ataxie viennent corroborer la présence d'anomalies au niveau du système nerveux central. Si son fonctionnement cognitif démontre une détérioration récente ou si les troubles du comportement se sont exacerbés, il faudrait alors refaire l'évaluation physique afin d'écarter, par exemple, la possibilité d'une hydrocéphalie causée par un blocage du shunt ventriculaire. Il faudrait alors obtenir l'opinion d'un neurologue et effectuer un EEG, des radiographies crâniennes et une tomodensitométrie. Il serait bon de consulter un neuropsychologue afin de déterminer s'il y a progression du dysfonctionnement du système nerveux central.

Pour évaluer l'ampleur et la constance de l'hyperactivité et des troubles affectifs, il faudrait faire un relevé précis des antécédents auprès des parents, faire l'observation directe de son état mental, et obtenir des professeurs un compte-rendu de son comportement en classe.

Il est bien évident aussi que les troubles comportementaux et émotifs qu'éprouve Belinda sont des réactions aux conséquences psychologiques et sociales provoquées par ses handicaps plus graves. Les troubles de la personnalité sont aggravés par un milieu d'apprentissage anormal qu'entraînent l'invalidité chronique, les multiples hospitalisations et interventions chirurgicales et, sans doute, le traitement spécial au sein de la famille et de l'école.

On pourrait s'attendre que des rapports parents-enfant anormaux provoquent des relations anormales avec ses frères et soeurs et avec ses pairs. Le développement de sa personnalité, déjà affecté par un dysfonctionnement organique, serait compromis encore davatage. L'observation directe de l'enfant, seule et en milieu scolaire et familial, de même que l'aide d'un psychologue versé dans l'administration des tests de personnalité, pourraient le mieux établir la nature de l'incapacité additionnelle occasionnée par les facteurs psychologiques et sociaux.

Une appréciation du milieu familial aiderait à évaluer la tension entre les parents et, possiblement, entre les autres membres de la famille. Les désaccords conjugaux sérieux et les problèmes familiaux pourraient compromettre encore davantage le bien-être comportemental et émotif de Belinda. Il est donc important de les prendre en considération lors des recommandations relatives au traitement. Le concours d'un travailleur social psychiatrique compétant en évaluation et intervention familiales serait un apport inestimable.

De la même façon qu'une évaluation complète des incapacités de Belinda exige une investigation organique et psychosociale, ainsi le traitement doit lui aussi tenir compte de ces deux aspects. Les médicaments pourraient probablement être utiles, tant pour stabiliser l'humeur que pour traiter l'hyperactivité. La psychothérapie, probablement dans un contexte familial, semblerait indiquée. La mésentente entre les parents quant au choix de l'école est un problème important qu'il faudrait régler le plus tôt possible, mais il faudrait au préalable consulter le professeur de Belinda et le psychologue scolaire et prendre connaissance des établissements disponibles.

Le traitement psychiatrique futur de Belinda serait nécessairement à long terme. Les difficultés psychosociales sont inévitables et il faudra régulièrement vérifier son état mental organique.

P S Y C H O L O G I E

Henry L. Jansen et John G. Paterson

Une évaluation psychologique semble indiquée bien que certaines données psychologiques existent déjà sous forme de résultats de tests de rendement et d'intelligence. On pourrait utiliser ces données et d'autres informations pour planifier le traitement, non seulement des handicaps physiques, mais aussi des problèmes émotifs et psychosociaux.

(a) Évaluation psychologique

En premier lieu, une batterie complète de tests neuropsychologiques s'impose. Les données de ces tests aideraient à indiquer les points forts et les points faibles chez cette enfant. Il faudrait aussi localiser les zones de dysfonctionnement cérébral afin d'aider les professeurs à planifier un programme d'enseignement individualisé pour Belinda. Enfin, les données de ces tests contribueraient à déterminer s'il y a continuation ou progression du dysfonctionnement organique.

Les tests de personnalité sont eux aussi nécessaires. Dans le cas actuel, les données de tests projectifs et objectifs sont essentiels pour identifier les sources de problèmes tant à la maison qu'à l'école. Il faut absolument voir comment Belinda se perçoit elle-même puisqu'il est bien connu que les enfants agissent souvent en fonction du niveau d'aptitudes tel qu'ils le perçoivent et non en fonction du niveau réel. Le psychologue pourrait utiliser d'autres tests comme dessiner, raconter des histoires, terminer des phrases, décrire des images, etc. L'équipe traitante doit disposer de données précises sur ce que Belinda perçoit comme étant ses points forts et ses points faibles, et sur les sources majeures de problèmes. Les conseils prodigués aux "autres" qui occupent une place importante dans la vie de Belinda seraient influencés par ses propres perceptions des problèmes et de leur évolution.

Bien que certains tests d'intelligence ont déjà été faits, le psychologue devrait, soit interpréter les résultats, soit effectuer une évaluation plus approfondie. A mesure qu'un programme d'apprentissage individualisé prend forme, le professeur de Belinda devra découvrir et utiliser les modes d'apprentissage que Belnida préfère.

(b) Mesures correctives

Le psychologue scolaire serait dans une position avantageuse pour influencer les prises de décision quant au placement scolaire. L'observation en classe permettrait d'effectuer une évaluation informelle immédiate. Si Belinda reste dans une classe ordinaire, il faudra aider son professeur et ses camarades de classe à apprendre à l'accepter en tant que personne et à la motiver en vue d'améliorer ses capacités de communication et d'apprentissage de base. Cette décision serait probablement influencée par la philosophie et les ressources au sein de la commission scolaire. A l'heure actuelle, le débat sur la question de "mainstreaming" en éducation n'est pas encore résolu. Il faudra rassurer les parents de Belinda pour les convaincre qu'elle est en sécurité et qu'elle se sent acceptée par son professeur et ses camarades de classe. Le psychologue scolaire serait peut-être le mieux placé pour voir à ce que l'enfant puisse profiter de toutes les ressources scolaires et communautaires possibles. Quoi qu'il en soit, Belinda devra probablement recevoir un enseignement individualisé, de l'aide dans une classe clinique, un enseignement spécialisé axé sur la parole, et du counselling familial. Le nombre de spécialistes requis pour ces fonctions dépendra des ressources communautaires mais, sur le plan éducatif, il est essentiel que tous ces besoins soient satisfaits. Si la tendance aux larmes et les crises émotives persistent, il faudra peut-être lui fournir un soutien émotif par le biais du counselling individuel qui pourrait peut-être relever du psychologue scolaire.

David Braine

Certains éducateurs spécialisés voudraient peut-être aborder leur travail par une révision des renseignements fournis par d'autres professionnels qui ont vu Belinda. L'éducateur rechercherait le genre de renseignement suivant:

(a) ses capacités actuelles dans divers domaines de la performance: motrice, sensorielle et linguistique par exemple;
(b) les lacunes dans ces domaines comme dans d'autres domaines de la performance, et les méthodes aptes à influencer ou à limiter les capacités actuelles et futures;
(c) la façon dont les déficiences dans un domaine peuvent influencer le fonctionnement dans d'autres domaines;
(d) les activités que Belinda devrait éviter en raison de son shunt, de ses déficiences visuelles, ou de l'état du tonus musculaire de ses jambes;
(e) les signes ou les symptômes neurologiques, sensoriels, émotifs ou biochimiques que l'éducateur doit vérifier régulièrement;
(f) toute activité corrective recommandée par des professionnels comme l'orthophoniste, le physiothérapeute et le psychologue;
(g) les limites qui pourraient s'imposer aux activités correctives pratiquées par l'éducateur dans des domaines comme l'orthophonie; et
(h) la description des effets prévus et des effets secondaires des médicaments et des autres formes de traitement que Belinda recevra.

Le principal objectif de l'éducateur sera d'évaluer l'enseignement des aptitudes scolaires. Si les renseignements sont insuffisants, l'éducateur pourrait administrer un test de rendement normatif standardisé en arithmétique, en lecture et en aptitudes linguistiques. Si le rendement est relativement bas, l'éducateur pourra administrer des examens diagnostiques formels et standardisés ou informels afin d'évaluer les aptitudes comme la syllabation, la phonation et l'obstruction auditive. L'éducateur évaluerait aussi la réaction de Belinda face aux différentes ressources et techniques d'enseignement. L'objectif des tests diagnostiques est de déterminer quelles sont les aptitudes scolaires préalablement nécessaires que Belinda a acquises ou pas, quelles sont les déficiences perceptives ou cognitives qui influencent sa performance, et quelles sont les ressources et méthodes d'enseignement qui lui conviennent le mieux. Parfois, c'est le psychologue scolaire ou pédagogique qui fournit à l'éducateur les renseignements concernant le niveau de rendement général de l'enfant et son fonctionnement perceptif et cognitif. Normalement, pour obtenir les renseignements requis sur le rendement et le diagnostic, l'éducateur planifie différentes séances de tests sur une période de plusieurs semaines. Pendant ce temps, il peut aussi enregistrer des données d'observations systématiques sur le mode de performance habituel de Belinda dans différentes situations scolaires typiques. Par exemple, l'éducateur peut rendre compte des évènements qui précèdent et qui suivent les larmes, les crises émotives et l'hyperactivité de Belinda, de même que leur fréquence et leur durée. L'éducateur voudra peut-être identifier les situations où ces comportements se produisent et de quelle façon ils sont modifiés par les événements reliés au milieu. Il faudra aussi vérifier la performance auditive, visuelle et motrice de Belinda dans diverses situations. Par exemple, l'éducateur pourrait observer des changements au niveau des approches par rapport aux dispositions de lecture, d'éclairage et de placement dans la classe. Les renseignements fournis par ces analyses permettront de développer des techniques d'enseignement et de thérapie du comportement appropriées à l'individu et au groupe. Dans le cas où les renseignements requis d'autres professionnels ne sont par déjà connus,

l'éducateur peut, dans le cadre de la formation qu'il a reçue, administrer divers tests de dépsitage et/ou de diagnostic dans des domaines comme le langage la parole, l'audition et la vision.

Étant donné les nombreuses sources de renseignement, l'éducateur fixera des objectifs convenables, à long terme (fin de l'année scolaire) et à court terme (un semestre) sur le plan moteur, scolaire, sensoriel, social et aussi dans d'autres domaines de performance. De plus, l'éducateur devra élaborer, ou choisir et modifier, des ressources et des techniques convenables d'enseignement et de thérapie du comportement.

Certains aspects du rendement de Belinda peuvent être vérifiés continuellement pendant toute l'année. Par exemple, son hyperactivité, ses crises émotives, de même que le taux et le style de ses réactions face aux divers modes d'enseignement. D'autres domaines de performance peuvent être examinés périodiquement; par exemple, son taux de rendement général en lecture. Les renseignements fournis par les examens continus et périodiques peuvent servir à modifier les techniques d'enseignement et de thérapie du comportement, à réviser les objectifs à court et à long terme, à adresser Belinda vers d'autres professionnels pour des examens supplémentaires, et à fournir une rétroaction aux autres professionnels en ce qui concerne les changements au niveau du rendement.

E R G O T H É R A P I E

Karen Goldenberg

L'expertise propre à l'ergothérapeute consiste à utiliser l'activité dirigée pour des objectifs d'évaluation et de correction.

Partant de l'observation médicale, L'évaluation s'intéresserait davantage au fonctionnement sensori-moteur et aux soins personnels. Les conclusions seraient étudiées conjointement avec les données sur le fonctionnement intellectuel et sur les rapports sociaux. Pour effectuer l'évaluation, l'ergothérapeute peut utiliser: 1. l'évaluation physique/fonctionnelle; 2. les Southern California Sensory Integrative Tests (SCSIT); 3. le Beery Test of Visual Motor Integration; 4. un questionnaire et une entrevue auprès des parents; 5. une évaluation des milieux familial et scolaire.

1) L'évaluation physique/fonctionnelle axée sur le développement comprendrait les activités relatives aux soins personnels, les aptitudes motrices de base/la mobilité et les aptitudes plus fines. Il est probable que Belinda peut, sans aide, se nourrir, se laver la figure et les mains, se brosser les dents, aller aux toilettes et revêtir la plupart de ses vêtements. Elle peut éprouver de la difficulté au niveau de la planification motrice et de la coordination lorsqu'il s'agit de manipuler des casse-têtes, des jouets et des petits boutons, d'écrire et de dessiner, d'utiliser des ciseaux et de saisir des objets. On sait que ses fonctions motrices de base sont déficientes; si ses aptitudes à la planification motrice sont elles aussi déficientes, elle aura de la difficulté à sauter à la corde, à bondir, à lancer et à attraper.

2) Le test le plus exhaustif à la disposition de l'ergothérapeute est le Southern California Sensory Integrative Tests (SCSIT), le Postrotary Nystagmus Test est un de ses sous-tests. Les niveaux fonctionnels importants inclus dans ce test sont: la perception visuelle, la

perception somato-sensorielle, la performance motrice et la fonction vestibulaire. Une série d'observations cliniques est effectuée conjointement avec ces deux tests. Pris ensemble, les résultats identifieraient les zones de problème et serviraient de base à la planification des objectifs thérapeutiques.

Étant donné la déficience visuelle, il est probable que les tests de perception visuelle donneraient de mauvais résultats. Le mauvais équilibre, la poursuite oculaire anormale, l'interprétation incomplète des réflexes posturaux et l'hyporéaction au pivotement laissent supposer une atteinte à la fonction vestibulaire. Il est probable qu'elle souffre d'un manque de coordination au niveau des aptitudes motrices de base et des aptitudes plus fines, d'une incapacité à effectuer des mouvements lents et de diadokinésie. Du fait qu'elle n'a pas tendance à utiliser une main plus que l'autre -- elle utilise la main droite pour tenir un crayon et la main gauche pour couper avec des ciseaux -- il se peut qu'il y ait un dysfonctionnement au niveau de l'intégration bilatérale, de la planification motrice et de la latéralisation.

3) Le Beery Developmental Test of Visual Motor Integration établirait si la difficulté à copier des figures géométriques est surtout reliée à la perception visuelle ou la maîtrise motrice, ou si c'est une incapacité à intégrer l'apport visuel au mouvement.

4) Le questionnaire et l'entrevue auprès des parents nous indiqueraient probablement des retards considérables au niveau des étapes du développement, étant donné l'hospitalisation requise pour les traitements correctifs effectués au cours des premiers 26 mois de vie. Les longues hospitalisations et les changements au niveau des personnes administrant les soins primaires ont peut-être causé des problèmes d'attachement et des retards dans les étapes du développement normal. En analysant le point de vue des parents par rapport à l'avenir de leur enfant, le thérapeute pourra mieux juger de la dynamique familiale. La collaboration des parents est essentielle pour la réussite de la planification et de la mise sur pied d'un programme thérapeutique. Pour assurer la réussite, les objectifs du thérapeute doivent être compatibles avec ceux des parents.

5) Des visites à domicile fourniraient des renseignements sur l'aspect matériel du foyer, de même qu'une observation directe des interactions familiales. Il faudra peut-être plusieurs visites pour établir un climat plus détendu. Une visite à l'école pour rencontrer le professeur, examiner les rapports scolaires et observer Belinda en classe nous indiquerait probablement que c'est une enfant hyperactive, qu'elle est incapable de se concentrer pendant longtemps, que ses aptitudes perceptivo-motrices sont affaiblies, qu'elle n'a pas établi de préférence pour une main plutôt que l'autre, et qu'elle a des rapports difficiles avec ses pairs. L'ergothérapeute pourrait recommander de placer Belinda plus près du tableau à l'avant de la classe, de modifier le siège qu'elle utilise actuellement pour lui fournir le meilleur support possible pour les activités à son pupitre et de la placer de façon à réduire l'influence des distractions dans la classe. Des lignes de base pour l'hyperactivité et pour la tendance à être distraite serviraient à planifier des activités scolaires structurées afin d'augmenter les comportements axés sur des tâches.

Bref, pour que Belinda ait confiance en elle-même, il importe qu'elle réussisse au niveau de la performance. Il faudra lui fournir des programmes thérapeutiques qui permettront d'adpater les activités de la vie quotidienne afin qu'elle puisse les exécuter seule, qui stimuleront le développment neurologique et l'intégration sensorielle, et qui lui fourniront des activités propres à accroître ses aptitudes en lecture, en écriture et en perception visuelle.

Pendant la durée des programmes externes, un ergothérapeute en soins communautaires pourrait effectuer des visites à domicile afin d'aider à l'intégration du programme thérapeutique et d'appuyer la famille dans la réalisation des objectifs thérapeutiques. Il faut aussi être spécialement attentif aux frères et soeurs de Belinda afin qu'ils comprennent pourquoi elle fait l'objet de tant d'attention, et pour s'assurer que leurs besoins ne sont pas négligés. Le fait d'encourager la mère à repondre à certains de ses propres besoins peut aussi avoir un effet positif sur le traitement de Belinda. Grâce à l'utilisation d'activités dirigées comme le jeu et les soins personnels, ou des activités sensori-motrices conçues spécifiquement pour elle, on peut s'attendre que Belinda deviendra plus autonome sur le plan fonctionnel.

P H Y S I O T H É R A P I E

Deborah Richmond

Au départ, le physiothérapeute verrait Belinda dans le cadre d'une équipe de dépistage multidisciplinaire. Il serait recommandé qu'elle se rende au service de physiothérapie une fois par semaine afin qu'un programme d'amélioration des aptitudes motrices de base soit établi et utilisé en collaboration avec ses parents et le professeur d'éducation physique de son école.

Pour l'évaluation de base, le physiothérapeute utiliserait le Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency en vue de déterminer sa vitesse de course, son agilité, son équilibre, sa force, son contrôle perceptivo-moteur, sa vitesse de réaction, sa coordination et sa dextérité. Pour elle, le test sera probablement intéressant et amusant. C'est une réaction typique chez la plupart des enfants. Le physiothérapeute examinerait aussi ses jambes pour mesurer l'amplitude du mouvement et pour vérifier la présence d'une tension musculaire anormale. Ses mouvements seraient enregistrés sur bande vidéo afin de permettre une identification rapide des progrès subséquents. La première impression serait celle d'une enfant gauche et maladroite qui pourra bénéficier des compétences spéciales du physiothérapeute pédiatrique.

Au cours des 35 dernières années, le Docteur et Madame Karel Bobath de Londres en Angleterre on développé une approche thérapeutique pour le traitement de la paralysie cérébrale et d'autres troubles de la neuromotricité. Leur méthode est connue internationalement; c'est la thérapie du neurodéveloppement. Les Bobaths ont toujours préconisé le système d'équipe, l'approche de l'enfant en tant qu'être tout entier, et la nécessité d'une application pratique du traitement pour les parents, les professeurs et toutes les autres personnes impliquées dans les soins quotidiens de l'enfant. Le concept du neurodéveloppement est axé sur l'inhibition des réflexes anormaux, le tonus postural et les schèmes de motricité, et la facilitation subséquente ou simultanée des composantes plus normales du mouvement.

Dans le cadre de la thérapie du neurodéveloppement, le traitement de Belinda doit être dynamique et créatif et constituer une expérience tout à fait agréable pour les deux intervenants. Le gymnase moderne de physiothérapie dans une installation pédiatrique comprend un choix intéressant d'équipement, les éléments les plus populaires étant les ballons de gymnastique de couleurs vives dont le diamètre peut aller de 12 à 60 pouces. Cet équipement sert à promouvoir la détente musculaire et à améliorer l'équilibre, la coordination et la symétrie posturale. En faisant l'expérience de la maîtrise motrice fournie par un équipement simple et par les mains du thérapeute, l'enfant conçoit ce que peut être un mouvement plus normal et raffiné. Avec le temps, en répétant ces activités sensorimotrices soigneusement sélectionnées, des schèmes plus normaux

s'intègrent et le contrôle externe devient moins nécessaire. Bien entendu, le physiothérapeute s'attendrait aussi à réaliser l'objectif le plus fondamental, celui d'utiliser ces techniques de manipulation et ces activités pour empêcher la formation de contractures et de malformations au niveau des muscles tendus, à mesure que l'enfant grandit.

Le physiothérapeute devra faire preuve d'ingéniosité afin de concevoir des activités correspondant à l'âge et au niveau fonctionnel de Belinda, et que les parents peuvent facilement pratiquer entre les visites à la clinique. Des progrès graduels et une grande variété d'activités sont essentiels pour continuellement motiver Belinda à vouloir s'améliorer. Pour qu'elle atteigne son plein potentiel, la collaboration doit absolument exister entre les membres de l'équipe de réadaptation, les parents, le personnel de l'école et Belinda elle-même.

Il est peu probable que Belinda ait besoin de traitements hebdomadaires à long terme. Cependant, il est essentiel qu'elle soit réévaluée périodiquement, au moins jusqu'à ce qu'elle ait atteint sa pleine croissance. Le Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency pourrait servir à mesurer les progrès de Belinda environ une fois par année. Le physiothérapeute tenterait de conseiller les parents sur des activités parascolaires convenables comme, par exemple, la natation et l'équitation. Un facteur crucial dans le développement global de Belinda est de lui trouver des activités qu'elle pourra pratiquer sur une base réelle d'égalité avec ses pairs.

DENTISTERIE

David J. Kerry

Les antécédents médicaux de cette fillete de 9 ans nous indiqueraient que des problèmes de nutrition à la naissance ont été résolus à l'aide d'une plaque palatine mise en place par un dentiste pédiatrique. On apprendrait aussi qu'elle a fréquenté des cliniques externes en orthodontie et en dentisterie pédiatrique pour un repositionnement prémaxillaire préalable à la réparation de sa fissure palatine en chirurgie plastique. Par la suite, elle serait retournée chez le dentiste deux fois par année pour un bilan et pour des obturations dentaires. Il est possible qu'elle n'ait pas fait de visite de rappel depuis l'âge de 7 ans.

Hypothétiquement, l'examen de Belinda révèle un canal recouvert par des tissus (fistule) sur le devant du palais et des fistules ouvertes de chaque côté des prémaxillaires. Deux dents permanentes en haut et à l'avant (incisives) ont poussé dans la région prémaxillaire, l'une d'elles est en rotation et inclinée vers l'arrière. Les incisives d'en bas sont comprimées entre les premières canines. Lorsqu'elle referme ses dents pour mordre ou mastiquer, sa mâchoire supérieure s'insère entièrement à l'intérieur de la mâchoire inférieure. C'est le contraire d'une occlusion normale et c'est dû à sa petite mâchoire supérieure. La contraction maxillaire est le résultat d'une formation de tissu cicatriciel lors de la chirurgie palatine.

Il faut procéder à une appréciation orthodontique des différences au niveau des dimensions des dents et des mâchoires et à une analyse de sa forme faciale. Le dentiste pédiatrique identifierait les caries dentaires, dont l'une assez grave pour nécessiter un traitement pulpaire (pulpectomie) et la mise en place d'une couronne en acier inoxydable pour maintenir la dent en place. Puisque l'hygiène buccal semble avoir été négligé, il faut vérifier s'il n'y a pas d'inflammation aux gencives ou s'il n'y a pas de décalcification de dents qui ne sont pas encore au stage de la carie.

Si une canine permanente est incluse horizontalement, il faudra un traitement chirurgical pour l'exposer et y attacher un support orthodontique afin que l'orthodontiste puisse ramener la dent à son emplacement normal dans l'arche. La chirurgie mineure et la pose des supports seraient pratiquées par le dentiste pédiatrique au moment opportun.

Avant de commencer le traitement orthodontique, il faut éliminer les caries dentaires, faire les obturations et voir au rétablissement et au maintien d'un niveau élevé d'hygiène buccal. Dans le cas de Belinda, le traitement orthodontique comprendrait l'écartement de la mâchoire supérieure, l'alignement des dents en haute et en bas, et l'obturation de la fistule qui s'ouvrira au palais au moment de l'écartement de la mâchoire supérieure. Il ne s'agit pas ici d'une nouvelle fistule, mais bien de l'ouverture d'un espace existant qui est actuellement recouvert de tissus. Il faudra une période de rétention ou d'adaptation avant de songer à remplacer les deux dents manquantes par une prothèse posée à l'endroit où les deux incisives latérales supérieures auraient dû se développer.

L'hygiéniste dentaire tentera de motiver Belinda. Le coordonnateur de la clinique de fissure palatine tentera d'agencer certaines visites aux cliniques dentaires, d'orthophonie et d'otolaryngologie dans l'espoir que la mère s'efforce davantage à respecter les rendez-vous. Pour Belinda, la phase reconstitutive pourrait durer environ deux mois; les broches seraient posées dans un intervalle d'un an. La chirurgie visant à exposer ses canines supérieures serait pratiquée vers l'âge de 12 ans. À 18 ans, ses dents seraient alignées et on pourrait lui poser une prothèse amovible. Cette prothèse servirait à fermer la petite fistule sur le devant du palais, à maintenir sa mâchoire supérieure dans une position idéale, et à lui donner une apparence agréable et une dentition fonctionnelle. Une fois la croissance maxillaire stabilisée, il se peut qu'elle ait besoin d'une prothèse inamovible (pont), ce qui lui permettrait de porter une prothèse à long terme.

Il faudra apporter une attention suivie au "résultat final" toute comme aux dents naturelles. En raison de la fissure palatine et du besoin constant de retenir une prothèse, la nécessité de garder ses dents naturelles pendant toute sa vie est encore plus importante pour Belinda que pour la majorité des gens. Elle devra toujours porter une prothèse et elle a besoin de ses dents naturelles pour la maintenir en place.

De plus il faut considérer le facteur économique. Dans bien des provinces, les parents doivent défrayer en entier les coûts occasionnés par le maintien de la dentition et par les besoins spéciaux d'enfants comme Belinda. Sans la phase orthodontique, les traitements paradontaux, reconstitutifs et prothétiques ne peuvent donner des résultats optimaux. Bien que le montant des frais médicaux couvert par les régimes d'assurance fédéral et provincial peut dépasser 25 000$, le résultat final peut être sérieusement compromis si les parents sont incapables de débourser environ 5 000$ pour des frais dentaires.

TRAVAIL SOCIAL

Gayle G. James

Le travailleur social commencerait par "l'information écrite existante" la connaissance du développement fonctionnel des enfants et de la famille, les techniques d'entrevue et de formation des relations et la connaissance des ressources disponibles pour le traitement d'un enfant atteint

de multiples handicaps. Il faudrait savoir si les parents sont passés par les différents stages de réaction qui sont typiques chez les parents d'enfants handicapés et que Kubler-Ross et Kronick ont décrit dans leurs ouvrages: le choc, le refus la colère, la dépression, et l'acceptation.

L'histoire sociale obtenue au cours d'une rencontre avec les parents devrait recueillir des renseignements sur les avortements antérieurs. S'il y a un passé d'avortements, le travailleur social ne supposerait pas qu'il s'agissait d'avortements spontanés plutôt que thérapeutiques. Il s'intéresserait aux raisons pour lesquelles cette famille persiste à avoir des enfants, quand les résultats "négatifs" de leurs efforts se traduisent souvent par des sentiments de douleur, de perte et peut-être de culpabilité. Il serait aussi intéressant de connaître la séquence des naissances, des avortements et des décès périnataux.

On ne peut considérer cette famille sans tenir compte de son interdépendance avec la société dans laquelle elle vit et du grand nombre de services qu'elle devra utiliser pour Belinda. Il se peut que les services dont ils ont eu besoin comme couple n'aient pas été fournis par la culture en général. L'enfant qui a besoin de soins médicaux exhaustifs et prolongés est bien plus en mesure de les obtenir dans les grands centres métropolitains du Canada que dans les régions rurales ou isolées.

Un autre facteur important de l'histoire sociale concerne le niveau de subsistance économique de cette famille. Si elle est économiquement viable et que l'enfant semble montrer des signes de manque de soins, voire de négligence, alors il faudra tenter de savoir dans quelle mesure les parents acceptent l'enfant.

De plus, dans le secteur "famille" de l'histoire sociale, plusieurs domaines valent d'être explorés. S'il existe une tension entre les parents, il peut y avoir un grand nombre de raisons y compris l'insatisfaction face au mariage lui-même; la frustration d'avoir à s'occuper d'une enfant atteinte de malformations multiples et dont le pronostic à long terme semble être (au mieux) considéré sous réserve; le sentiment de frustration et la tension provoqués par le nombre de professionnels impliqués dans sa vie; et la tension suscitée par la peur d'élever une enfant handicapée dans une culture qui n'est pas reconnue pour sa bonté envers les handicapés. En outre, le fait qu'un des parents préfère l'école spécialisé pour Belinda tandis que l'autre insiste sur l'école ordinaire n'a peut-être rien à voir avec l'interaction des parents, car c'est peut-être un reflet de leur propre évaluation de la pertinence des ressources éducatives disponibles. En effet, dans la perspective du travail social, la source du problème est peut-être hors du contrôle des parents et, malheureusement, elle peut rester hors de leur contrôle quoi qu'ils fassent. Alors que d'une part le droit à l'éducation est restreint dans la plupart des juridictions scolaires provinciales, d'autre part les parents sont contraints par la loi à envoyer leurs enfants à l'école. De plus, dans une logique trompeuse et particulièrement préjudiciable, les parents sont considérés comme étant les auteurs de leur propre malheur et les professionnels complices vont jusqu'à "blâmer les parents" d'avoir eu cet enfant.

L'ambiance du milieu hospitalier, le personnel et les techniques opérationnelles sont des éléments au sein desquels Belinda et sa famille doivent survivre; ils peuvent donc avoir plus d'importance pour son traitement que n'importe quel problème que l'on a dépisté. La continuité du traitement et l'agencement des efforts fournis par tous les professionnels impliqués dans la vie de cette enfant seront considérablement influencés par les rapports qui existent entre ces professionnels. Malheureusement, très peu de professions exigent que leurs membres se conduisent envers les <u>autres</u> disciplines avec le même esprit d'honnêteté, d'équité et de savoir-vivre qu'on exige d'eux dans leurs rapports avec leurs patients/clients.

Dans le cas de Belinda, le traitement complet qu'elle doit recevoir au cours de sa vie implique un travail interdisciplinaire d'environ 17 professions différentes, ce qui représente une dépense considérable pour les systèmes de prestation des services sociaux, des soins médicaux et des services éducatifs. Derrière ces professionnels, une infrastructure d'un nombre incalculable de personnes impliquées dans les domaines de la santé, de l'éducation et des services sociaux s'occuperait de la mise en oeuvre, du financement, de la prestation et de l'évaluation des programmes conçus pour les enfants atteints de troubles divers. A travers ce nombre impressionnant mais combien nécessaire d'intervenants, il faut que quelqu'un prenne Belinda et son développement en charge pour éviter que toute cette brochette de professionnels hautement spécialisés ne ressemble à une armée sans chef dans ses rapports avec Belinda et sa famille.

Contribution du travailleur social:

Le travailleur social spécialisé accorderait un intérêt spécial aux rapports entre les membres de la famille pour tenter de relâcher la tension entre les parents, surtout en ce qui concerne la question d'une école spécialisée pour Belinda.

Il tenterait de résoudre le conflit par des séances régulières avec tous les membres ou une partie des membres de la famille, en utilisant la méthodologie du "travail familial", de la "thérapie familiale".

Le travail familial pourrait prendre différentes tangentes selon les différentes philosophies. Le travailleur qui utilise l'approche de résolution des problèmes se servirait du problème actuel, c'est-à-dire le placement scolaire de Belinda, comme véhicule pour transmettre à cette famille des techniques de résolution de problèmes qu'elle pourra utiliser dans d'autres situations difficiles. Le travailleur axé sur la communication orienterait l'interaction familiale vers des schèmes de communication plus ouverts et plus risqués, dans le but d'augmenter l'amour-propre des membres de la famille et de résoudre les frustrations relatives au rôle de chacun et les tensions extra-familiales dans un climat de confiance et de soutien mutuels. Le travailleurs social utilisant la théorie des sytèmes en général s'intéresserait à l'équilibre dans les rapports de pouvoir et d'amour entre les membres de la famille; à la tendance des parents à réagir au comportement de leurs enfants dans la même optique que le faisaient leurs propres parents; au degré d'ouverture/fermeture du système familial (dans quelle mesure la famille est-elle capable d'incorporer des changements et de s'y adapter); et au potentiel énergétique dont dispose la famille pour régler ses difficultés.

La thérapie familiale peut viser à améliorer le fonctionnement familial, ce qui constitue une fin en soi ou, comme dans le cas de Belinda, à améliorer le fonctionnement de façon que tous les membres de la famille soient en mesure d'incorporer l'aide que l'équipe de réadaptation met à la disposition de Belinda. Dans un milieu "secondaire" (pour les travailleurs sociaux) comme par exemple le milieu des soins de santé, le deuxième objectif est plus général puisque la vocation de l'organisation toute entière est de fournir un vaste répertoire de services reliés au domaine de la santé plutôt que de fonctionner essentiellement comme organisme social.

Doreen Paddon

Puisque Belinda a des besoins spéciaux, l'infirmière en soins communautaires la recontrerait souvent à l'école, non seulement pour l'évaluer et l'encourager, mais aussi pour aider les professeurs et le personnel de l'école à comprendre ses capacités et ses problèmes, et pour l'aider à s'adapter au milieu par tous les moyens qui semblent pratiques et possibles. Par exemple, si le professeur envoie Belinda consulter l'infirmière à cause d'une irritation au cuir chevelu, l'infirmière examinerait ses cheveux et son cuir chevelu et, s'il s'agit d'un cas de pédiculose, Belinda serait envoyée à la maison avec une note explicative pour ses parents. L'infirmière téléphonerait aux parents pour les mettre au courant, puis elle conviendrait avec eux d'une heure qui leur est propice pour faire une visite de contrôle à la maison. Simultanément, il faudrait examiner la tête des camarades de classe de Belinda pour dépister toute présence de pédiculose.

Au cours de la visite à domicile, l'infirmière aviserait la famille qu'il est essentiel que tous les membres utilisent un shampooing efficace spécialement conçu pour éliminer les poux et les lentes des régions pollues du corps. Elle expliquerait aussi la nécessité de laver toute la literie et les vêtements. Des visites de contrôle subséquentes permettraient de continuer une éducation pertinente dans le but d'éviter toute nouvelle infestation.

Au moment de la visite médicale à l'école, les yeux de Belinda seraient examinés à l'aide du Test Snellen d'acuité visuelle et du Test Titmus. Si les verres qu'elle porte actuellement s'avèrent inadéquats, une consultation serait auprès de son ophtalmologiste. La nécessité d'un rendez-vous serait discutée avec les parents au cours de la prochaine visite à domicile.

Chacun des contacts avec cette famille fournirait l'occasion d'une observation perspicace des interactions parent/enfant, en tenant compte du fait que des abus déguisés et non déguisés ont été relevés chez des enfants que les parents perçoivent comme étant "difformes" ou "differents". La famille ferait l'objet d'un counselling préventif sur une base continuelle en ce qui concerne la manière de traiter des questions comportementales simples; la prévention d'infections des voies respiratoires ou des oreilles; et l'importance de l'hygiène dentaire. La famille serait encouragée à discuter librement des émotions (colère, frustration, déception, chagrin, isolement) et des nombreux problèmes qu'elle éprouverait en voulant aider Belinda à croître et à se développer pour atteindre son potentiel maximal en tant qu'être humain.

B. RAPPORT DE CONFÉRENCE

DIAGNOSTIC:

1) Malformations congénitales multiples
2) Microphtalmie (D); cataracte (G)
3) Perte auditive bilatérale mixte
4) Mauvaise coordination motrice
5) Retard au niveau de la parole/du langage réceptifs/expressifs, problème d'articulation et hypernasalité
6) Déficience cognitive
7) Caries dentaires et malocclusion

Pédiatrie:

Une fillette âgée de 9½ ans ayant déjà subi plusieurs interventions chirurgicales pour de multiples malformations congénitales. A l'école, elle est présentement rendue au niveau de la première année en lecture et en arithmétique: sa santé générale est stable bien que la maison et l'école la qualifient "d'hyperactive". Les parents sont divisés sur la question du placement dans une école spécialisée ou ordinaire. Examen: Taille et poids à moins 3%-ile pour son âge et tour de tête à 2%-ile. Interventions chirurgicales déjà pratiquées aux oreilles, absence de cartilage et atrésie des canaux. Présence d'une otite séreuse bilatérale. Oeil droit petit avec colobome; cataracte à l'oeil gauche mais peut percevoir la lumière. Fissures palatine et labiale ont déjà été corrigées, fistule prémaxillaire persistente. Dents cariées et dents ectopiques dans la région prémaxillaire. Hypertonie des membres inférieurs et raideur bilatérale des tendons des talons. Déficience au niveau de l'équilibre. Recommandations: Obtenir la taille et le poids des parents naturels; évaluation des enzymes thyroïdiens et âge osseux de Belinda. 2) consultation génétique 3) consultation en ophtalmologie 4) consultation en otologie et bilan audiologique 5) consultation à une clinique de fissure palatine pour coordonner la chirurgie plastique, l'orthodontie et l'orthophonie 6) bilan d'orthopédie et de physiothérapie en vue des traitements appropriés 7) évaluation en ergothérapie concernant la coordination 8) évaluation du comportement et du niveau intellectuel y compris le counselling indiqué pour Belinda et sa famille.

Psychiatrie:

Les anomalies congénitales laissent croire à l'effet direct d'un fonctionnement cérébral anormal; de plus, répercussions de son apparence physique et esthétique sur son comportement psychologique et émotif. Les traitements prolongés ont entraîné un milieu familial anormal de même que des rapports anormaux entre l'enfant, ses parents et ses frères et soeurs, imposant un stress considérable à la famille. Le travailleur social psychiatrique entreprendra l'évaluation de la famille; le counselling sera entamé en rapport avec le milieu familial/scolaire. L'hyperactivité nécessitera peut-être l'utilisation de médicaments.

Dentisterie:

Fistules bilatérales ouvertes dans la région prémaxillaire; incisives et canine supérieures ectopiques. Mâchoire supérieure s'insère dans la mâchoire inférieure lorsqu'elle mord. Mâchoire supérieure requiert écartement plus obturation des fistules qui augmenteront suite à l'écartement. La malocclusion exige un traitement orthodontique suivi d'un traitement pour les nombreuses caries. Reconstitution dentaire à faire d'ici deux mois; broches orthodontiques d'ici un an; chirurgie des dents ectopiques à l'âge de 12 ans et prothèse supérieure permanente à l'âge de 18 ans.

Orthophonie:

Hypernasalité et incompétence vélopharyngienne; réparation antérieure de la fissure palatine. Aimerions procéder à des examens plus poussés: examen radio-cinématographique, étude sur le

passage de l'air et, possiblement, endoscopie au fibroscope. L'évaluation articulatoire révèle des déficiences au niveau des /s/, /sh/, /ts/ et /dz/. Le niveau du langage semble correspondre à son niveau cognitif. Recommandations: thérapie intensive pour améliorer l'hypernasalité, l'articulation et les aptitudes au langage, tout en étant suivie dans une clinique de fissures palatine/labiale en rapport avec la nécessité d'une pharyngoplastie ou d'un bulbe orthophonique. Devra apprendre à contrôler elle-même ses nouveaux sons à mesure qu'ils progressent.

Audiologie:

Légère perte bilatérale mixte à laquelle on ne peut apporter aucune correction médicale ou chirurgicale pour le moment. Oreilles externes incapables de supporter les prothèses portées derrière l'oreille. Tenterons de lui ajuster des prothèses intra-auriculaires bien qu'il y ait une atrésie des canaux; prévoyons des difficultés. Nécessité de contrôler l'audition régulièrement, conjointement avec ses bilans otologiques. De plus, nécessité d'un placement privilégié dans la classe.

Ergothérapie:

Autonomie fonctionnelle pour les activités de la vie quotienne. Poursuites oculaires limitées et fonctionnement visuel réduit. Les aptitudes motrices de base sont fonctionnelles mais de qualité réduite. Les aptitudes motrices plus fines sont réduites, y compris la manipulation de casse-têtes, de jouets et de fermetures de vêtements, les travaux d'écriture et la manipulation de ciseaux. Pas de préférence pour une main en particulier. Recommandations: Administration de Southern California Sensory Integration Tests (SCSIT) pour évaluer la perception visuelle et somato-sensorielle. Examen des fonctions motrices et vestibulaires. Prévoyons des visites à domicile et à l'école pour la voir fonctionner dans ces milieux et pour fournir des suggestions d'adaptation appropriées.

Physiothérapie:

Qualité réduite des aptitudes motrices de base. Mouvements enregistrés sur bande vidéo pour servir de ligne de base. Recommandations: Séance hebdomadaire en physiothérapie pendant quelques semaines afin d'élaborer un programme pour améliorer les aptitudes motrices de base; éducation physique à l'école et activités à la maison. Inclure la natation et l'équitation pour faciliter l'interaction avec ses pairs. Contrôle annuel du programme.

Soins infirmiers:

Confirmation et révision des données relatives aux consultations lors de l'entrevue auprès des parents. Aucun signe de rejet parental ou d'abus déguisé/non déguisé. Une épisode récente de pédiculose a été résolue; il ne semble pas y en avoir à la maison. Les besoins médicaux/dentaires sont présentement sous traitement ou ont été adressés aux professions appropriées. Aviserons l'infirmière de l'école en vue d'une liaison continue pour répondre aux besoins courants.

Psychologie:

Tests de personnalité et de neuropsychologie effectués. A l'âge de 9½ ans, son fonctionnement général correspond à ses résultats scolaires actuels (première année). Explication des résultats aux parents. Résultats seront communiqués au milieu scolaire avec la recommandation d'un enseignement individualisé, de séjours en classe clinique et, simultanément, de traitements orthophoniques. Si les crises émotives continuent, elle aura peut-être besoin de counselling de la part du psychologue/conseiller scolaire.

Éducation:

Au niveau de la première année en lecture et en arithmétique. Capacités visuelles et auditives et mémoire auditive réduites. Fonctionnement orthoponique réduit en raison de la fissure palatine.

Le placement dans un milieu avec assistance ou dans un centre d'apprentissage avec thérapie orthophonique serait utile.

Travail social:

Les parents semblent accepter et encourager Belinda. Puisque cette famille aura besoin d'installations médicales et pédagogiques spécialisées, elle devrait continuer à proximité d'un grand centre où ces installations sont disponibles. Les parents sont renseignés sur les "services pour enfants handicapés" qui sont accessibles aux enfants comme Belinda. Ses besoins sont multiples et exigent la participation de nombreux professionnels et disciplines. La coordination entre ces services est un défi qu'il faut relever si l'on veut que Belinda et sa famille jouissent d'un traitement continu, convenable et profitable.

PROBLÈMES IDENTIFIÉS:

1. Clarification de l'état de croissance et consultations appropriées en vue d'un traitement médical
2. Problèmes au niveau du comportement
3. Caries dentaires: malocclusion, fistules prémaxillaires et dents ectopiques
4. Résonance hypernasale, retard du langage, erreurs d'articulation
5. Légère perte auditive bilatérale mixte
6. Manque de coordination dans les fonctions motrices de base et les fonctions plus fines; mauvais équilibre
7. Retard cognitif (déficience intellectuelle)
8. Placement scolaire
9. Liaison avec les services de soutien nécessaires

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX PROBLÈMES SUSMENTIONNÉS:

1. a) Investigation de la croissance par le médecin traitant
   b) Consultation génétique, ophtalmologique, otologique (faites)
   c) Consultation à une clinique de fissures palatine/labiale (faite).
2. Travailleur social psychiatrique doit organiser visite/évaluation familiales
   Counselling psychiatrique suivra. (Dr X)
3. Traitements dentaires (Dr Y) Traitement orthodontique suivant les indications de la clinique de fissure palatine.
4. Bilan et thérapie orthophoniques en collaboration avec la clinique de fissure palatine.
5. Essai de prothèses intra-auriculaires et suivi, en collaboration avec l'otologiste.
6. Évaluation plus poussée en ergothérapie (SCSIT). Visites à domicile et à l'école et suggestions.
7. Partager les résultats avec le personnel de l'école et aviser le conseiller/psychologue scolaire d'un besoin possible de counselling.
8. Placement dans une classe spéciale et siège privilégié dans la classe en fonction des niveaux auditif, cognitif. Classe clinique ou assistance recommandées.
9. Révision des rendez-vous de consultation avec les parents. Parents mis au courant des "services pour enfants handicapés". Une personne-contact de ce milieu entretiendra des rapports avec eux pour leur communiquer les résultats des consultations. L'infirmière en soins communautaires est elle aussi avisée des rendez-vous.

POOR

QUALITY

ORIGINAL